

## Fragebogen zur arbeitsmedizinischen Betreuung

Sie benötigen eine betriebsärztliche Betreuung Ihres Unternehmens? Bitte geben Sie uns einige Informationen, um Ihnen einen entsprechenden Vorschlag machen zu können.

| 1. Betriebsdaten                                           |                                             |                             |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|
| Betrieb/Firma                                              |                                             | Anschrift                   |
| Ansprechpartner                                            |                                             | Telefonnummer/E-Mail        |
| Fachkraft für Arbeitssicherheit                            |                                             | Telefonnummer/E-Mail        |
| Zuständige BG/ UV-Träger                                   | Arbeitsmedizinische Betreuung gewünscht ab: | MitgliedsNr. beim UV-Träger |
| Welche Standorte oder Betriebsteile sollen betreut werden? |                                             |                             |

| 2. Geben Sie uns ein Bild, wie die Arbeit in Ihrem Betrieb aussieht                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| z.B. Büro, Werkstatt, Labor, Innen-/Außentätigkeit, Auslandsentsendung, Arbeitsbereiche, spezielle Gefährdungen |

| 3. Mitarbeiterstruktur                                 |                |                                                     |  |
|--------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------|--|
| Gesamtzahl Mitarbeiter:                                | Administrativ: | Produktiv:                                          |  |
| Anzahl der Mitarbeiter mit Wochenarbeitszeit < 20h     |                | Anzahl schwerbehinderte Mitarbeiter:                |  |
| Anzahl der Mitarbeiter mit Wochenarbeitszeit 20h – 30h |                | Anzahl Jugendliche (unter 18):                      |  |
| Anzahl der Mitarbeiter mit Wochenarbeitszeit > 30h     |                | WZ-Kennziffer (wird im Schreiben der BG mitgeteilt) |  |

| 4. Arbeitszeiten                        |                                 |                                              |                                                     |
|-----------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Normalarbeitszeit | <input type="radio"/> Gleitzeit | Schichtarbeit (z.B. 12 Std. Wechselschicht)? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

| 5. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung |                      |                               |
|---------------------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Ehemals                                     | Anlass               | Erforderliche Anzahl pro Jahr |
| G20                                         | Lärm                 |                               |
| G24                                         | Hautbelastung        |                               |
| G35                                         | Ausland              |                               |
| G37                                         | Bildschirmarbeit     |                               |
| G42                                         | Infektionsgefährdung |                               |
|                                             | UV-Belastung Haut    |                               |
| Andere:                                     |                      |                               |



## 6. Eignungsuntersuchungen und ähnliche

| Ehemals | Anlass                                                                                                                  | Erforderliche Anzahl pro Jahr |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|         | Einstellungsuntersuchung allgemein                                                                                      |                               |
| G25     | Fahr-/Steuer-/Überwachungstätigkeit                                                                                     |                               |
| G4I     | Absturzgefährdung                                                                                                       |                               |
| G26.3   | Schwerer Atemschutz                                                                                                     |                               |
|         | Eignungsuntersuchung LKW gem. FeV                                                                                       |                               |
|         | Untersuchungen gem. JugendarbeitsschutzG                                                                                |                               |
|         | Übernahmeunters. f. Auszubildende und/oder Zeitarbeitnehmer vor Übernahme in ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis |                               |
|         | Vorsorge oder Eignungsuntersuchungen nach firmeneigenen Richtlinien                                                     |                               |
|         | Vorsorge oder Eignungsuntersuchungen nach anderen staatlichen oder sonstigen Vorgaben                                   |                               |
| Andere: |                                                                                                                         |                               |

## 7. Unterweisungen/Belehrungen

| Ehemals | Anlass                                             | Erforderliche Anzahl pro Jahr |
|---------|----------------------------------------------------|-------------------------------|
|         | Belehrung gem. IfSG §43 „Umgang mit Lebensmitteln“ |                               |
| Andere: |                                                    |                               |

## 8. Weitere Angaben, sofern bekannt

|                                                                                       |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Anzahl Neueinstellungen pro Jahr:                                                     | Anzahl Begehungen pro Jahr:                         |
| Wiedereingliederung pro Jahr:                                                         | Anzahl ASA-Sitzungen pro Jahr:                      |
| Wurde bereits eine Gefährdungsbeurteilung erstellt?                                   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Wurde die Gefährdungsbeurteilung nach Mutterschutzgesetz bereits erstellt?            | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Wurde die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen bereits erstellt?            | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Wird eine Vorsorgekartei geführt?                                                     | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Ist ein geeigneter Raum für betriebsärztliche Sprechstunden vorhanden?                | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Existiert ein BEM-Prozess und wird er eingehalten?                                    | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Existiert ein BGM?                                                                    | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Sind eventuell Gesundheitsaktionen (Grippeimpfungen, Gesundheitstage u.ä.) gewünscht? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift