

Auftragsformular zur Arbeitsmedizinischen Begutachtung

Auftraggeber:

- Es soll eine Begutachtung des sozialmedizinischen Leistungsbildes auf Dauer (>6 Monate) erfolgen in Bezug zu der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als:

- Es soll eine Begutachtung des sozialmedizinischen Leistungsbildes auf Dauer (>6 Monate) erfolgen in Bezug zum allgemeinen Arbeitsmarkt

Rechtsgrundlage:

- | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ArbSch | <input type="checkbox"/> TVöD §3 | <input type="checkbox"/> NBG |
| <input type="checkbox"/> andere (bitte angeben): | | |

Folgende Person soll begutachtet werden:

Name:		Vorname:		
Geb. Datum:				
Arbeitsbereich:	Bisher zu verrichtende Tätigkeiten: Bitte möglichst genaue Darstellung der bisherigen Aufgaben			
Dauer der Tätigkeit pro Tag (in Std.):				
Schichtdienst: <input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Spät <input type="checkbox"/> Nacht				
Arbeitsschwere:				
<input type="checkbox"/> leicht (bis 10kg) <input type="checkbox"/> mittelschwer (10 bis 15kg) <input type="checkbox"/> schwer (>15kg)				
Arbeitshaltung:				
	Ständig (>90%)	Überwiegend (50-90%)	Zeitweise (10-50%)	Gelegentlich (<10%)
Gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Belastungen:

- Tätigkeiten über Kopf
- Tätigkeiten mit Absturzgefahr
- Tätigkeiten unter Zeitdruck
- Tätigkeiten im Bücken, Hocken oder Knien
- Tätigkeiten in Nässe, Kälte oder Zugluft
- Tätigkeiten mit Rauchen, Gasen oder Dämpfen
- Tätigkeiten mit Hitze
- Tätigkeiten überwiegend im Freien
- Risiko aggressiver Übergriffe
- Alleinarbeiten
- Exposition gegenüber Gefahrstoffen
- andere psychische Belastungen
- andere physische Belastungen

Sonstige Angaben:

- Der|Die oben genannte Mitarbeiter:in ist darüber informiert, dass eine Begutachtung seiner beruflichen Leistungsfähigkeit erfolgen soll und wurde über mögliche arbeitsrechtliche Konsequenzen aufgeklärt.
- Der|Die oben genannte Mitarbeiter:in hat fachärztliche Vorbefunde, die möglichst vollständig spätestens zum Begutachtungstermin vorliegen.

Ort, Datum

Unterschrift Auftraggeber

Stand vom 05.07.2022

Seite 2 von 3

Ihr Betriebsarzt GmbH

Sitz der Gesellschaft:
Martin-Luther-Straße 46
37081 Göttingen

Praxis Göttingen:
Martin-Luther-Straße 46
37081 Göttingen

T: 0551 30 66 28 - 0
F: 0551 30 66 28 - 29
info@ihrbetriebsarzt.de
www.ihrbetriebsarzt.de

Geschäftsführer:
Henning Sander

Amtsgericht Göttingen:
HRB 204077

Begutachtungsergebnis:

Leistungsbild auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt:

Leistungsbild in Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

Ort, Datum

Unterschrift Arzt