

Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung für arbeitsmedizinische Leistungen

Hiermit beauftragen wir die Ihr Betriebsarzt GmbH mit der Durchführung der nachfolgend angekreuzten arbeitsmedizinischen Untersuchung(en), für die unten genannte Person.

Wir erklären außerdem, dass wir die Kosten für die beauftragte Untersuchung übernehmen.

Auftraggeber

Firmenname

Straße + Hausnr

Plz Ort

Ansprechpartner:in

Vor- und Nachname

Telefonnummer E-Mail-Adresse

Zu untersuchende Person

Nachname Vorname Geburtsdatum

Straße + Hausnr

Plz Ort

Telefonnummer E-Mail-Adresse

Folgende Untersuchungen sollen durchgeführt werden:

- Tätigkeiten mit Lärmexposition (ehem. G20)
- Hauterkrankungen und Feuchtarbeit (ehem. G24)
- Fahr-, Steuer und Überwachungstätigkeiten (ehem. G25)
- schwerer Atemschutz (ehem. G26.3)
- arbeiten im Ausland (ehem. G35)
- Bildschirmtätigkeit (ehem. G37)
- Arbeiten mit Absturzgefahr (ehem. G41)
- Infektionsschutz / Biologische Arbeitsstoffe (ehem. G42)
- Fev C Fahrtauglichkeit nach Fev für LKW-Führerschein
- Fev D Fahrtauglichkeit nach Fev für Personenbeförderung (Bus, Taxi)
- sonstige gewünschte Untersuchung(en):
-
-

Die Ihr Betriebsarzt GmbH behält sich vor, bei Terminen, die ohne triftigen Grund nicht wahrgenommen oder innerhalb von 48 Stunden vor dem Termin abgesagt werden, ein Ausfallhonorar von 50% der Kosten der beauftragten Untersuchungen zu erheben.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift