

Information / Zustimmung zur Eignungsuntersuchung
Information on the Aptitude test

Sehr geehrte Mitarbeiterin,
sehr geehrter Mitarbeiter,

Sie nehmen an einer Eignungsuntersuchung teil, die von Ihrem Arbeitgeber (od. von anderer Stelle) aufgrund eines besonderen Anlasses angeordnet wurde.

Der Arbeitgeber ist gesetzlich dazu verpflichtet, sich anlassbezogen von Ihrer Eignung zu überzeugen, bevor er Sie mit einer Tätigkeit beauftragt, die Sie selbst, andere Menschen oder Güter gefährden könnte.

Arbeitsmediziner / Betriebsärzte unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und dürfen keine Untersuchungsergebnisse an Arbeitgeber oder an andere Stellen weitergeben.

Daher erhalten nur Sie persönlich die Untersuchungsbescheinigung mit der Eignungsbeurteilung; Sie sollten diese aber dem Arbeitgeber (der zuständigen Stelle) vorlegen, um die Eignung für Ihre Tätigkeit nachzuweisen. Andernfalls darf der Arbeitgeber Sie nicht weiter mit einer solchen Tätigkeit beauftragen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass das Untersuchungsergebnis ggf. arbeitsrechtliche Konsequenzen haben kann, insbesondere dann, wenn aus arbeitsmedizinischer Sicht dauerhaft keine Eignung mehr für Ihre Tätigkeit bestehen sollte.

Mitarbeiter/in

Dear Employee,

you are participating in a Aptitude test ordered by your employer (or another body) due to a specific reason. The employer is legally obligated to assess your suitability for the job before assigning you to any work that could endanger you, other people, or property.

Occupational physicians are bound by professional confidentiality and may not disclose examination results to employers or other parties.

Therefore, only you will receive the examination certificate with the Aptitude test, but you should present it to your employer (the responsible body) to prove your suitability for the job. Otherwise, the employer may not assign you to such work.

We would also like to inform you that the examination results may have consequences under labor law, particularly if, from an occupational health perspective, you are permanently deemed unsuitable for the job.

Name

Vorname(n)

_____._____._____
Geb.-Datum

Arbeitgeber: _____

Oben genannte Informationen habe ich gelesen und verstanden. Der Durchführung folgender Eignungsuntersuchung / Eignungsbeurteilung stimme ich zu:

I have read and understood the above information. I agree to the following suitability Aptitude test being carried out:

Ja E FSÜ - Fahr-, Steuer- und Überwachungsarbeiten (entspr. ehem. G 25)

Nein

Ja E ABS - Arbeiten mit Absturzgefahr (entspr. ehem. G 41)

Nein

Ja E ASG - Atemschutzgeräte (entspr. ehem. G 26.3)

Nein

Ja Arbeiten in sauerstoffreduzierter Atmosphäre (entspr. ehem. G 28)

Nein

X _____
Ort / Datum

X _____
Unterschrift