

Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung für arbeitsmedizinische / verkehrsmedizinische Leistungen

für Praxis f. Arbeitsmedizin Cajus Seyfried
Gerh.-Hauptmann-Str. 3, 69190 Walldorf | T. 06227-308 1778 | am-seyfried@gmx.de

Arbeit-/Auftraggeber		Stempel:	
Anschrift			
Ansprechpartner			
Telefon			
E-Mail			

Mitarbeiter - Angaben zu Probanden/ zu untersuchende Person:			
Name		Geburtsdatum:	
Vorname(n)		Einstellungsdatum	
Ausgeübte Tätigkeit Details zu Arbeitsplatz und Tätigkeiten		Einstellungsdatum <u>derzeitige Tätigkeit</u> ausgeübt <u>seit</u>	-----
Privat-Adresse		ggf. Personal-Nr.	
Telefon-Nr. / E-Mail			

Arbeitsmedizinische Vorsorgen:				[A = Angebots- / P = Pflicht-Vorsorge / E = Eignung]	
<input type="checkbox"/>	Sonstige Tätigkeit: Bildschirmarbeitsplatz - (ehem. G 37)	<input type="checkbox"/>	Sonstige Tätigkeit: körperliche Belastung (ehem. G 39)		
<input type="checkbox"/>	Lärm [A __ / P __] (ehem. G 20)	<input type="checkbox"/>	Sonstige Tätigkeit: Atenschutzgeräte Gruppe 1 [A __ / P __] (ehem. G 26.1)		
<input type="checkbox"/>	Haut / Feuchtarbeit [A __ / P __] (ehem. G 24)	<input type="checkbox"/>	Sonstige Tätigkeit: Atenschutzgeräte Gruppe 2 u. 3 [P __ / E __] (ehem. G 26.2 / 26.3)		
<input type="checkbox"/>	Tätigkeiten m. Biolog. Arbeitsstoffen [A __ / P __] Infektionsgefährdung (inkl. Labor) - (ehem. G 42)	<input type="checkbox"/>	Andere:	[A __ / P __]	
<input type="checkbox"/>	Tätigkeiten m. Biolog. Arbeitsstoffen [P __] vorschulische Betreuung v. Kindern - (ehem. G 42)	<input type="checkbox"/>	Andere:	[A __ / P __]	

Eignungsuntersuchungen / Verkehrsmedizinische Untersuchungen:			
<input type="checkbox"/>	Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten [P __ / E __] (ehem. G 25)	<input type="checkbox"/>	LKW-/CE-Führerschein (FEV Anlage 5 Nr. 1 u. Nr. 6)
<input type="checkbox"/>	Arbeiten mit Absturzgefahr <u>bis</u> 40. Lebensjahr (ehem. G 41)	<input type="checkbox"/>	Arbeiten mit Absturzgefahr <u>über</u> 40. Lebensjahr (ehem. G 41)
<input type="checkbox"/>	Andere:	<input type="checkbox"/>	Andere:

Erforderliche Vorsorge-Typ bzw. Eignungsuntersuchungen bitte ankreuzen. Je nach Untersuchung können ggf. weitere Kosten (z.B. für Labor od. für Röntgenuntersuchungen) anfallen, diese werden von der Praxis oder ggf. von der beauftragten radiologischen Praxis/dem Labor in Rechnung gestellt. | Mit dem vereinbarten / vorab angegebenen Honorar bin ich einverstanden. **Die ausgefüllte, unterschriebene Kostenübernahmebescheinigung muss bis zum Termin vorliegen - bitte am Termin mitbringen oder vorab per Mail an: am-seyfried@gmx.de**
Arbeitgeber-Bescheinigungen über die Teilnahme an Vorsorgen werden Probanden i.d.R. zur Weiterleitung übergeben.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift