

**Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeverklärung  
für arbeitsmedizinische / verkehrsmedizinische Leistungen**

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

Arbeit-/Auftraggeber			Stempel:
Anschrift			
Ansprechpartner			
Telefon			
E-Mail			
<b>Mitarbeiter - Angaben zu Probanden/ zu untersuchende Person:</b>			
Name			<b>Geburtsdatum:</b>
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			

<b>Arbeitsmedizinische Vorsorgen:</b> <span style="float: right; font-size: small;">[A = Angebots- / P = Pflicht-Vorsorge / E = Eignung]</span>			
<input type="checkbox"/> Sonstige Tätigkeit: <b>Bildschirmarbeitsplatz</b> - (ehem. G 37)	<input type="checkbox"/>	Sonstige Tätigkeit: <b>körperliche Belastung</b> (ehem. G 39)	
<input type="checkbox"/> <b>Lärm</b> (ehem. G 20)	[A ___ / P ___]	<input type="checkbox"/>	Sonstige Tätigkeit: <b>Atemschutzgeräte Gruppe 1</b> (ehem. G 26.1) [A ___ / P ___]
<input type="checkbox"/> <b>Haut / Feuchtarbeit</b> (ehem. G 24)	[A ___ / P ___]	<input type="checkbox"/>	Sonstige Tätigkeit: <b>Atemschutzgeräte Gruppe 2 u. 3</b> (ehem. G 26.2 / 26.3) [P ___ / E ___]
<input type="checkbox"/> Tätigkeiten m. Biolog. Arbeitsstoffen <b>Infektionsgefährdung</b> (inkl. Labor) - (ehem. G 42)	[A ___ / P ___]	<input type="checkbox"/>	Andere: [A ___ / P ___]
<input type="checkbox"/> Tätigkeiten m. Biolog. Arbeitsstoffen <b>vorschulische Betreuung v. Kindern</b> - (ehem. G 42)	[P ___]	<input type="checkbox"/>	Andere: [A ___ / P ___]
<b>Eignungsuntersuchungen / Verkehrsmedizinische Untersuchungen:</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten</b> (ehem. G 25) [P ___ / E ___]	<input type="checkbox"/>	<b>LKW-/CE-Führerschein</b> (FEV Anlage 5 Nr. 1 u. Nr. 6)	
<input type="checkbox"/> Arbeiten mit <b>Absturzgefahr bis 40. Lebensjahr</b> (ehem. G 41)	<input type="checkbox"/>	Arbeiten mit <b>Absturzgefahr über 40. Lebensjahr</b> (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 Kostenübernahmevereinbarung muss bis zum Termin vorliegen - bitte am Termin mitbringen oder vorab per Mail an: [am-seyfried@gmx.de](mailto:am-seyfried@gmx.de)**

**Arbeitgeber-Bescheinigungen über die Teilnahme an Vorsorgungen werden Probanden i.d.R. zur Weiterleitung übergeben.**

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift