

Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung für arbeitsmedizinische Leistungen

für das Institut für Arbeits- und Sozialmedizin Castrop-Rauxel, Münsterplatz 8, 44575 Castrop-Rauxel

Auftraggeber _____

Ansprechpartner _____

Adresse 1 _____

Adresse 2 _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Stempel

Hiermit beauftrage ich das Institut für Arbeits- und Sozialmedizin mit der Durchführung der nachfolgend angekreuzten arbeitsmedizinischen Untersuchung(en) für die unten genannte Person. Die Leistungsbeschreibung habe ich der Preisliste entnommen. Mit dem in der Preisliste aufgeführten Honorar bin ich einverstanden. Wir bitten auch um die Angabe, ob es sich um eine Eignungsuntersuchung handelt oder um eine Untersuchung nach arbeitsmedizinischer Vorsorge (ArbmedVV). Sollte hier keine Angabe erfolgen, richten wir uns nach den Vorgaben der arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung (ArbmedVV).

Zu untersuchende Person

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

	Eignung	Vorsorge
Staub Mineralstaub (G1.1 und G1.2)		
Lärm (G20)		
FeV LKW/Bus ohne Psychometrie		
FeV Taxi/Bus mit Psychometrie		
Bildschirmarbeitsplatz (G37)		
Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten (25)		
Hauterkrankung ohne Hautkrebs (G24)		
Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung (G42)		
Arbeiten mit Absturzgefahr (G41)		
Atemschutzgruppe 1 (G26.1)		
Atemschutzgruppe 2 (G26.2)		
Atemschutzgruppe 3 (G26.3)		

Datum _____

Unterschrift _____