



Arbeitsmedizinischer Untersuchungsauftrag

Firma / Rechnungsanschrift:

Ansprechpartner:

Mitarbeiter*in zur Untersuchung:

Name: _____

Vorname: _____

Tätigkeit: _____

Mobil-Tel.: _____

E-Mail: _____

Arbeitsmedizinische Vorsorge (vormals G-Untersuchungen):

Bitte ankreuzen!

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> G 5 Glykoldinitrat / Glycerintrinitrat | <input type="checkbox"/> G 8 Benzol | |
| <input type="checkbox"/> G 15 Chrom-VI-Verbindungen | <input type="checkbox"/> G 20 Lärm | |
| <input type="checkbox"/> G 23 Obstruktive Atemwegserkrankungen | | |
| <input type="checkbox"/> G 24 Hautkrankheiten (ohne Hautkrebs) | | |
| <input type="checkbox"/> G 26.1 Atemschutz | <input type="checkbox"/> G 26.2 Atemschutz | <input type="checkbox"/> G 26.3 Atemschutz |
| <input type="checkbox"/> G 27 Isocyanate | <input type="checkbox"/> G 29 Toluol und Xylol | <input type="checkbox"/> G 30 Hitzearbeiten |
| <input type="checkbox"/> G 33 Aromatische Nitro- und Aminoverbindungen | <input type="checkbox"/> G 35 Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen | |
| <input type="checkbox"/> G 37 Bildschirmarbeitsplatz | <input type="checkbox"/> G 39 Schweißrauche | |
| <input type="checkbox"/> G 42 Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> G 46 Belastungen des Muskel- und Skelettsystems einschließlich Vibrationen | | |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | | |

Einstellungs- und Eignungsuntersuchungen:

- Einstellungsuntersuchung: _____
- Offshore-Arbeiten (gemäß Leitlinie AWMF - 002/043 - S1) / Arbeiten auf Windkraftanlagen
- Tauchen (GTÜM) Firma Tauchen (GTÜM) Selbstzahler Sportbootführerschein

- G 25 Fahr-, Steuer-, Überwachungstätigkeiten
- G 26.3 Atemschutz Gruppe 3 (**Eignung für Freiwillige Feuerwehren und Berufsfeuerwehr**)
- G 41 Arbeiten mit Absturzgefahr
- Andere: _____

Fahrerlaubnisverordnung (FeV):

- | | | |
|--------------|---|--|
| Bus: | <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung | <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung / Verlängerung |
| Taxi: | <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung | <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung / Verlängerung |
| LKW: | <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung | <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung / Verlängerung |

Beratungen, Begutachtungen, Impfungen, Sonstiges:

Bitte ggf. genauere Angaben machen!

- Betriebsärztl. Beratung Gutachtliche Äußerung (nach Zeit- u. Untersuchungsaufwand)
- Impfung und Impfberatung: _____
- Arbeiten im Nachtdienst / Schichtdienst: _____
- Mutterschutzgesetz / Beschäftigungsverbot: _____

Hiermit wird bestätigt, dass die Kosten für die angeforderten arbeitsmedizinischen Dienstleistungen von mir, bzw. von meinem Arbeitgeber übernommen werden.

Ort: _____

Datum: _____ Firmenstempel: _____

Unterschriften

Arbeitnehmer: _____ Arbeitgeber: _____

Wird die geplante Untersuchung nicht mind. 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abgesagt und keine Ersatzperson benannt, dann wird eine Ausfallgebühr von 50% der Auftragssumme berechnet.

Unsere aktuell gültige **Preisliste** (Stand 2022) finden Sie auf der Website **www.arbeitsmedizin-schlosspraxis.net**.

Die Datenverarbeitung zum Zwecke der Kontaktaufnahme mit uns erfolgt auf Grundlage des Art.6., Abs. 1 lit. B. DSGVO, soweit es bei Ihrer Anfrage um die Erfüllung von vertraglichen Pflichten oder um eine Vertragsanbahnung geht. In anderen Fällen findet sich die Rechtsgrundlage in Art. 6 Abs. 1 lit. f. DSGVO, wobei sich unserer berechtiget Interesse aus den oben genannten Zwecken ergibt. Die für die Benutzung des Kontaktformulars von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden nach Erledigung der von Ihnen gestellten Anfrage automatisch gelöscht, wenn wir nicht gesetzlich zur Aufbewahrung verpflichtet sind oder wir die Daten zur Vertragserfüllung benötigen. Daneben können Sie der Verarbeitung jederzeit widersprechen, wenn die Verarbeitung aufgrund eines berechtigten Interesses erfolgt.

Bitte bringen Sie am Untersuchungstag Ihren Impfausweis und Ihre Brille(n) mit.