



Schlosspraxis Dres. Schlünzen

ALLGEMEINMEDIZIN • NATURHEILVERFAHREN • BETRIEBSMEDIZIN

Arbeitsmedizinischer Untersuchungsauftrag

<u>Firma / Rechnungsanschrift</u> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <u>Ansprechpartner:in</u> <hr/>	<u>Mitarbeiter:in zur Untersuchung</u> Name: <hr/> Vorname: <hr/> Geb.-Datum: <hr/> Tätigkeit: <hr/> Mobil-Tel.: <hr/> E-Mail: <hr/>
--	--

Arbeitsmedizinische Vorsorge (vormals G-Untersuchungen)



Glykoldinitrat / Glycerintrinitrat (G 5)

Benzol (G 8)

Chrom-VI-Verbindungen (G 15)

Lärm (G 20)

Obstruktive Atemwegserkrankungen (G 23)

Hautkrankheiten (ohne Hautkrebs) (G 24)

Atemschutz Gruppe 1 - leicht (G 26.1)

Atemschutz Gruppe 2 - mittel (G 26.2)

Atemschutz Gruppe 3 - schwer (G 26.3)

Isocyanate (G 27)

Toluol und Xylol (G 29)

Aromatische Nitro-
und Aminverbindungen (G 30)

Hitzearbeiten (G 30)

Arbeitsaufenthalt im Ausland

unter besonderen klimatischen und
gesundheitlichen Belastungen (G 35)

Schweißbrauche (G 39)

Bildschirmarbeitsplatz (G 37)

Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung (G 42):

Belastungen des Muskel- und Skelett-
systems einschließlich Vibrationen (G 46)

Andere:



Einstellungs- und Eignungsuntersuchungen



Einstellungsuntersuchung: _____

Offshore-Arbeiten (gemäß Leitlinie AWMF - 002/043 - S1) / Arbeiten auf Windkraftanlagen

Tauchen (GTÜM) Firma Tauchen (GTÜM) Selbstzahler Sportbootführerschein

Fahr-, Steuer-, Überwachungstätigkeiten (G 25)

Atemschutz Gruppe 3 (G 26.3) **(Eignung für Freiwillige Feuerwehren und Berufsfeuerwehr)**

Arbeiten mit Absturzgefahr (G 41)

Andere: _____

Fahrerlaubnisverordnung (FeV)

Bus: Erstuntersuchung Nachuntersuchung / Verlängerung

Taxi: Erstuntersuchung Nachuntersuchung / Verlängerung

LKW: Erstuntersuchung Nachuntersuchung / Verlängerung

Beratungen, Begutachtungen, Impfungen, Sonstiges

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: _____

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 2023) finden Sie auf der Website www.arbeitsmedizin-schlosspraxis.net/preisliste

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 berechtigten 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.

Ausgefüllt zurück per Mail an

oder Fax an 04348 91 71 30

