

Untersuchungsauftrag und Kostenübernahme für arbeitsmedizinische Leistungen durch den Arbeitgeber

- Ich bin Selbstzahler
- Die Kostenübernahme erfolgt durch den Arbeitgeber

Gewünschte Vorsorgen:

- Lärm („G 20“) Hautbelastung („G 24“) Bildschirmarbeit („G 37“)
- Atemschutzgeräteträger Gruppe 1 („G 26.1“) Schweißrauche („G 39“)
- Atemschutzgeräteträger Gruppe 2 („G 26.2“) Biologische Arbeitsstoffe („G 42“)
- Atemschutzgeräteträger Gruppe 3 („G 26.3“)
- Andere: _____

Gewünschte Eignungsuntersuchungen:

- Atemschutzgeräteträger Gruppe 3 („G 26.3“) Arbeiten mit Absturzgefahr („G 41“)
- Fahr-, Steuer- und Ü-Tätigkeiten („G 25“) Offshore gemäß Oil & Gas GUK
- FeV Klasse C, CE („LKW-Führerschein“) StrlSchV und RöV
- Andere: _____

Für folgende MA:

Name, Geb. Datum: _____

Name, Geb. Datum: _____

Name, Geb. Datum: _____

Name, Geb. Datum: _____

Praxis Mutanow – Hamburger Betriebsärzte

Julius-Brecht-Str. 11, 22609 Hamburg, Tel.: 040/22861708-0, Fax: 040/22861708-9, E-Mail: praxismutanow@hamburger-betriebsaerzte.de

Wir führen eine reine Terminpraxis. Es ist deshalb erforderlich, dass die vereinbarten Termine eingehalten werden, da kurzfristig abgesagte Termine i.d.R. nicht mehr anderweitig vergeben werden können.

Es wird vereinbart, dass Termine, welche weniger als 48 Stunden zuvor (Sonn- und Feiertage nicht mitgerechnet) abgesagt oder versäumt werden mit 100 % des ursprünglich angesetzten Preises (gem. Preisliste) abgerechnet werden. Absagen müssen schriftlich per Fax oder per Mail erfolgen.

Name (Selbstzahler) _____

oder

Auftraggeber/Ansprechpartner _____

Ggf. Firmenstempel:

Datum, Unterschrift
