

**Untersuchungsauftrag und Kostenübernahme
 für arbeitsmedizinische Leistungen**

Hiermit beauftrage ich die o.g. Praxis mit der Durchführung der unten angegebenen/angekreuzten arbeitsmed. Untersuchungen bzw. arbeitsmed. Vorsorgen. Mit den in der Preisliste aufgeführten Preisen bin ich einverstanden.

(Hinweis: Einen Link zur aktuellen Preisliste findet sich unter <http://www.hamburger-betriebsaerzte.de/termine-hansen/>. Die Preise von nicht in der Preisliste aufgeführten Leistungen können individuell erfragt werden.)

Name d. Beschäftigten	Vorname	Geb. Datum
-----------------------	---------	------------

Arbeitsmed. Untersuchung/Vorsorge:	Wunschvorsorge	Angebotsvorsorge	Pflichtvorsorge	Eignungsunters.
Lärmexposition (G20)				
Hautbelastung/Feuchtarbeit (G24)				
Fahr-, Steuer- u. Überwachungstätigk. (G25)				
Atemschutz Gr. 1 (z.B. Staubmasken) (G26.1)				
Atemschutz Gr. 2 (z.B. Filtermasken) (G26.2)				
Atemschutz Gr. 3 (schwerer Atemsch.)(G26.3)				
Belastungen durch Schweißrauche (G31)				
Bildschirmarbeit (G37)				
Tätigkeiten mit Absturzgefährdung (G41)				
Infektionsgefährdung d. Biostoffe (auch Gesundheitswesen) (G42)				
Belastungen d. Muskel-/Skelettsystems (G46)				
Führerscheinunters. „LKW“ Kl. C, CE (FeV)				
Nacht- und Schichtarbeit (ArbZG)				
Sonstige Leistung:				
Sonstige Leistung:				

Hinweis: Eignungsuntersuchungen enden mit einer ärztlichen Beurteilung („geeignet/nicht geeignet“). Sie benötigen eine entsprechende Rechtsgrundlage. Bei arbeitsmedizinischen Vorsorgen nach ArbMedVV wird keine Beurteilung abgegeben sondern es wird eine „Teilnahmebescheinigung“ ausgestellt. Hier steht der Beratungsaspekt im Vordergrund.

Auftraggeber/Firmenstempel	Name d. Ansprechpartners (mit Rufnummer/E-Mail)	Datum	Unterschrift d. Auftraggebers
----------------------------	--	-------	-------------------------------