

per Fax zurück an:

0551/6337871

AfB Betriebsarztzentrum



Firma/ Betrieb

Rechnungsadresse/ggf. Kostenstelle

Name des Mitarbeiters: _____

Geb. Datum: _____

Telefonnummer des Mitarbeiters: _____ Pers. Nr.: _____

Gewünschte Untersuchung bitte ankreuzen oder nicht gewünschtes streichen:

Vorsorge	Eignung	Impfung NUR n. Gefährdungs- beurteilung	Sonstiges
----------	---------	---	-----------

<input type="checkbox"/>	Bildschirm
<input type="checkbox"/>	Lärm
<input type="checkbox"/>	Gefahrenstoff Feuchtarbeit
<input type="checkbox"/>	Atemschutz
<input type="checkbox"/>	Geräteklasse 1
<input type="checkbox"/>	Geräteklasse 2
<input type="checkbox"/>	Schweißrauche
<input type="checkbox"/>	Krebserzeugende Gefahrenstoffe
<input type="checkbox"/>	Bio Stoff
<input type="checkbox"/>	Obstruktive Atem- wegserkrankung
<input type="checkbox"/>	Reisemed. Beratung
<input type="checkbox"/>	Inkohärente Strahlung
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	Einstellung
<input type="checkbox"/>	Arbeiten mit Absturzgefahr
<input type="checkbox"/>	Fahr-Steuer- Überwachungs- tätigkeit
<input type="checkbox"/>	Impfstatus Masern (IfSG)
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	Hepatitis A
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B
<input type="checkbox"/>	Zecken (FSME)
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	BA Stellungnahme
<input type="checkbox"/>	Wiedereingliederung
<input type="checkbox"/>	Beratung nach Mutterschutzgesetz
<input type="checkbox"/>	Arztgespräch
<input type="checkbox"/>	Beratung
<input type="checkbox"/>	BEM
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Fahrerlaubnisverordnung

<input type="checkbox"/>	LKW Erst.
<input type="checkbox"/>	LKW Verl.
<input type="checkbox"/>	BUS Erst.
<input type="checkbox"/>	BUS Verl.
<input type="checkbox"/>	TAXI Erst.
<input type="checkbox"/>	TAXI Verl.
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

WICHTIGER HINWEIS:

Durchführung der beauftragten Leistung nur nach Vorlage des Auftrages. Dieser sollte vorab per Fax, Mail oder persönlich zum Termin vorgelegt werden.

Wunschvorsorge

<input type="checkbox"/>	SARS COV2
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Ort/ Datum

Stempel

Unterschrift
- Vorgesetzter -

*1 In den Rechnungen werden zukünftig keine Namen mehr aufgeführt, nur noch die Kostenstelle bzw. die Personal Nr.! Dies ist aus datenschutzrechtlicher Sicht sowie aus ärztlicher Schweigepflicht erforderlich.