



Kostenübernahmeerklärung für arbeitsmedizinische Leistungen

Auftraggeber:

Firma	Stempel
Ansprechpartner	
Straße	
Zusatz	
PLZ Ort	

Hiermit beauftrage/n ich/wir die arbeitsmedizinische Praxis Dr. medic Diana Bauer mit der Durchführung der nachfolgenden Untersuchung/en für unsere/n nachfolgende/n genannte/n Mitarbeiter/in. Die dabei entstehenden Kosten habe ich der aktuellen Preisliste unter www.arb-med.de entnommen und ich/wir bin/sind damit einverstanden. Bitte stellen Sie sicher, dass ihr/e Mitarbeiter/in zu dem eingeplanten Termin pünktlich erscheint. Sollte ihr/e Mitarbeiter/in den geplanten Termin nicht wahrnehmen können, ohne dass wir darüber rechtzeitig -48 Std.- im Voraus informiert wurden, müssen wir Ihnen 25% des anzufallenden Honorars für die in dem Behandlungstermin vorgesehenen Leistungen in Rechnung stellen.

Zu untersuchende Person:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit:		Einstellungsdatum

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen:

G20.1 (Lärm)		G41 (Arbeiten mit Absturzgefahr bis 40. Lebensjahr.
G24 (Haut)		G41 (Arbeiten mit Absturzgefahr über 40. Lebensjahr
G25 (Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten)		G42 (Infektionsgefährdung)
G26.3 (Atemschutzgeräte)		Andere:
G37 (Bildschirmarbeitsplatz)		
G35 (Arbeitsaufenthalt im Ausland)		

Andere arbeitsmedizinische Untersuchungen/Leistungen:

Bestimmung des Impfschutzes gegen Hepatitis B nach Impfung
Impfungen – welche:
Arbeitsmedizinische Begutachtung

Andere nicht-arbeitsmedizinische Untersuchungen/ Leistungen:

Fahrtauglichkeit nach FEV für LKW-Führerschein (Teil1)
Ausstellung von ärztlichen Bescheinigungen / Zeugnissen
Untersuchung nach dem Mutterschutzgesetz

Andere Untersuchungen:

--

Datum

Unterschrift