

**Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeverklärung für  
arbeitsmedizinische Leistungen**

Auftraggeber:	Ansprechpartner (Tel.- Nummer und E-Mail- Adresse):
Adresse:	Stempel:

Hiermit beauftrage ich die Praxis Dr. Ende mit der Durchführung der nachfolgend angekreuzten arbeitsmedizinischen Untersuchung(en) für die unten genannte Person. Eine Aufstellung der arbeitsmedizinischen Untersuchungen bzw. Leistungen und die Preisliste kann auf der Homepage der Praxis <http://www.praxis-dr-ende.de> eingesehen werden. Mit dem in der Preisliste aufgeführten Honorar bin ich einverstanden. Wir bitten auch um die Angabe, ob es sich um eine Eignungsuntersuchung handelt oder um eine Untersuchung nach arbeitsmedizinischer Vorsorge (ArbmedVV). Sollte hier keine Angabe erfolgen, richten wir uns nach den Vorgaben der arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung (ArbmedVV).

Zu untersuchende Person:

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:	Adresse:	Telefonnummer:
-----------	----------	---------------	----------	----------------

Untersuchungen:

		Eignung	Vorsorge
G20	Tätigkeiten mit Lärmexposition		
G23	Obstruktive Atemwegserkrankungen		
G24	Feuchtarbeit		
G25	Fahr- Steuer- Überwachungstätigkeiten		
G26.2	Atemschutzträger Klasse 2		
G26.3	Atemschutzträger Klasse 3		
G35	Arbeiten im Ausland		
G37	Tätigkeiten am Bildschirm		
G39	Schweißrauche		
G41	Arbeiten unter Absturzgefahr		
G42	Biologische Arbeitsstoffe		
FEV	Fahrtauglichkeit nach FEV für LKW- Führerschein		
IfSG	Belehrung nach Infektionsschutzgesetz		
Mutterschutzuntersuchungen (schwangere Erzieherinnen/ Kita)			
Sonstige gewünschte Untersuchung:			
Sonstige gewünschte Untersuchung:			

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_