

Auftragsanforderung einer arbeitsmedizinischen Vorsorge, Eignungsuntersuchung



Termin:

Uhrzeit:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon

soll ab dem

eingestellt / weiterbeschäftigt werden.

Tätigkeit

Die **arbeitsmedizinische Vorsorge** soll erfolgen aufgrund (Auflistung gemäß Anhang der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge, ArbMedVV):

1. Angebotsvors. Pflichtvors.
2. Angebotsvors. Pflichtvors.
3. Angebotsvors. Pflichtvors.

Eine **weitere Untersuchung** bzw. **Eignungsuntersuchung** soll erfolgen aufgrund (ankreuzen):

- Einstellung**
- Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeit** (früher G25: Krane, Stapler):
- anlassbezogene Fahrtauglichkeit** (bitte dann Anlass schriftl. in einer Anlage angeben)

- Arbeiten mit Absturzgefahren** (früher G41):
- FEV (Fahrerlaubnisverordnung)**

- Impfungen**
- BEM (betriebliches Eingliederungsmanagement) oder Prüfung der Einsatzfähigkeit bei definiertem Anlass** (Krankheit, Unfall):
- Nachtarbeit** **Mutterschutzgesetz** **Röntgenverordnung/Strahlenschutzverordnung**
- JArbSchG (Jugendarbeitsschutzgesetz)**
- sonstige Beratungsanlässe**

Datum

Firmenstempel, Unterschrift

Betriebsarztzentrum
Bergisches Land e.V.
info@baz-bl.de
www.baz-bl.de

Geschäftsstelle Remscheid
Papenberger Str. 26
42859 Remscheid
Tel. +49 2191 49913-0
Fax +49 2191 49913-29

Geschäftsstelle Solingen
Neuenhofer Str. 26
42657 Solingen
Tel. +49 212 24823-0
Fax +49 212 24823-33

Sicherheitstechnischer Dienst
Neuenhofer Str. 24
42657 Solingen
Tel. +49 212 24823-20
Fax +49 212 24823-32