

	<b>Formular</b>	Änder-Stand <b>00</b> <b>13.03.2018</b>	<b>F-123</b>
	<b>Kostenübernahmeerklärung arbeitsmedizinische Untersuchungen</b>	Seite 1/1	

## Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung für arbeitsmedizinische Leistungen

für Praxis Dr. Liebl, Allgemeinmedizin – Betriebsmedizin, Griesweg 6, 84100 Niederaichbach

<b>Auftraggeber</b>	<b>Stempel</b>
Ansprechpartner	
Adresse 1	
Adresse 2	
Postleitzahl	
Ort	

Hiermit beauftrage ich die Praxis Dr. Liebl mit der Durchführung der nachfolgend angekreuzten arbeitsmedizinischen Untersuchung(en) für die unten genannte Person. Die Leistungsbeschreibung habe ich der Preisliste entnommen. 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:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

### Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen :

	Eignung	Vorsorge		Eignung	Vorsorge
Lärm (G20)			Bildschirmarbeit (G37)		
Feuchtarbeit (G24)			Absturzgefahr (G41)		
Fahr- und Steuer- tätigkeit (G25)			Biologische Arbeitsstoffe (G42)		
Atemschutz Gruppe III (G26.3)			Strahlenschutzuntersuchung		
Hitzearbeit (G30)					
Überdruck (G31)					
Auslandsaufenthalt (G35)					

Datum

Unterschrift