

Auftraggeber / Rechnungsanschrift

Re-E-Mail:

Untersuchungsauftrag für arbeitsmedizinische Leistungen

...Bitte gut leserlich vollständig ausfüllen und spätestens 4 Tage vor dem Untersuchungstermin an die Praxis senden!

Ich/Wir beauftragen Sie mit folgender/en Untersuchung/en für mich/unseren Arbeitnehmer:

<input type="checkbox"/> 1.1 Stäube <input type="checkbox"/> 1.2 Asbest <input type="checkbox"/> 1.3 mineralischer Staub <input type="checkbox"/> 1.4 Staubbelastung	<input type="checkbox"/> G 37 Bildschirmarbeitsplatz 1)	<input type="checkbox"/> G 25 Fahr-, Steuer-, Überwachungstätigkeiten 1)
<input type="checkbox"/> G 2 Blei	<input type="checkbox"/> G 39 Schweißrauche	<input type="checkbox"/> Führerschein FEV (LKW) 1)
<input type="checkbox"/> G 15 Chrom IV Verbindungen	<input type="checkbox"/> G 40 Krebserzeugende Gefahrenstoffe allgemein	<input type="checkbox"/> Offshore
<input type="checkbox"/> G 20 Lärm I oder II	<input type="checkbox"/> G 41 Arbeiten in der Höhe 1)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> G 21 Kältarbeiten	<input type="checkbox"/> G 42 Infektionsgefährdung *)	
<input type="checkbox"/> G 23 Obstruktive Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/> G 24 Hauterkrankung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> GMP	<input type="checkbox"/> Impfung gegen <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B *)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> G 26 Atemschutzträger <input type="checkbox"/> G 26.1 <input type="checkbox"/> G 26.2 <input type="checkbox"/> G 26.3 1)	<input type="checkbox"/> § 43 Infektionsschutzgesetz (Belehrung)	<input type="checkbox"/>

Personalausweis / Meldebescheinigung mitbringen (dringend erforderlich)!

*) Impfbuch mitbringen 1) alle Brillen mitbringen

Name, Vorname:

Geb. Datum:

Untersuchungstermin:

Tag:

Uhrzeit:

Kosten:

Die Berechnung erfolgt in Anlehnung an die aktuelle Preispauschale, die Kosten für die Untersuchung trägt der Auftraggeber.

Für die Geltendmachung der Honoraransprüche des Arbeitsmedizinischen Dienstes Ostrowski GmbH, stimme ich der Weitergabe der erforderlichen Daten und Informationen an die bevacollect GmbH, Am Borsigturm 48, 13507 Berlin zu.

Termin:

Der Termin ist ausschließlich für die o. g. Person reserviert. Sollte der Termin nicht eingehalten werden, geben Sie uns umgehend Bescheid. Für Termine, die nicht spätestens 24 Std. vorher abgesagt werden, und/oder man nicht erscheint, wird ein Ausfallhonorar einer betriebsärztlichen Stunde vereinbart.

Bevollmächtigter / Auftraggeber:

Name

Telefonnummer

Ort / Datum

Unterschrift