

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung

| FÜR DEN ARBEITGEBER | | Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen | | |
|--|--|--|--|--|
| Angaben zur Person dar / des Versicherten | Rentenversicherungs-Nr.: <input style="width: 100%;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Tag <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat <input style="width: 20px;" type="text"/> Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/></div> <div>Geburtsdatum <input style="width: 100%;" type="text"/></div> </div> | Ärztliche Bescheinigung | | |
| Anschrift des Arbeitgebers | Familienname <input style="width: 100%;" type="text"/> Geburtsname <input style="width: 100%;" type="text"/> Straße/Haus-Nr. <input style="width: 100%;" type="text"/> Postleitzahl und Ort <input style="width: 100%;" type="text"/> Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger <input style="width: 100%;" type="text"/> Name <input style="width: 100%;" type="text"/> Straße <input style="width: 100%;" type="text"/> Postleitzahl und Ort <input style="width: 100%;" type="text"/> | | Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/> Staatsangeh. <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| ANGABEN ZUR BESCHÄFTIGUNG | | | | |
| Krankenkasse <input style="width: 100%;" type="text"/> Einstellung am <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Tag Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> Grund der Untersuchung (Gefahrstoffe/gefährdende Tätigkeit) <input style="width: 100%;" type="text"/> Arbeitsbereich <input style="width: 100%;" type="text"/> Art der Tätigkeit <input style="width: 100%;" type="text"/> Beginn/Ende dieser Tätigkeit <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Tag Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Tag Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> | | | | |
| ANGABEN ZUR UNTERSUCHUNG Dieser Bogen kann wiederholt verwendet werden. Auch können die Ergebnisse der Untersuchungen nach verschiedenen Grundsätzen eingetragen werden. | | | | |
| Bestell-Nr. A 2 (9/91) Kopierdruck, Druckerei - Verlag GmbH Postfach 2 62, 75021 Eppingen Nachdruck verboten! | Untersuchung nach Grundsatz <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">G</div> Erstuntersuchung <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Die arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchung am <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Tag Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> ergab: keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ²⁾ <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> befristet bis <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> Nächste Untersuchung: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> Bemerkungen ²⁾ : <input style="width: 100%;" type="text"/> Stempel und Unterschrift des Arztes <input style="width: 100%;" type="text"/> Datum der Bescheinigung: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> | Untersuchung nach Grundsatz <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">G</div> Erstuntersuchung <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Die arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchung am <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Tag Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> ergab: keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ²⁾ <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> befristet bis <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> Nächste Untersuchung: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> Bemerkungen ²⁾ : <input style="width: 100%;" type="text"/> Stempel und Unterschrift des Arztes <input style="width: 100%;" type="text"/> Datum der Bescheinigung: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> | Untersuchung nach Grundsatz <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">G</div> Erstuntersuchung <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Die arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchung am <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Tag Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> ergab: keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ²⁾ <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> befristet bis <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> Nächste Untersuchung: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> Bemerkungen ²⁾ : <input style="width: 100%;" type="text"/> Stempel und Unterschrift des Arztes <input style="width: 100%;" type="text"/> Datum der Bescheinigung: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> | Untersuchung nach Grundsatz <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">G</div> Erstuntersuchung <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Die arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchung am <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Tag Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> ergab: keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ²⁾ <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> befristet bis <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> Nächste Untersuchung: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> Bemerkungen ²⁾ : <input style="width: 100%;" type="text"/> Stempel und Unterschrift des Arztes <input style="width: 100%;" type="text"/> Datum der Bescheinigung: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| Hinweis für den Versicherten: Sie sind berechtigt, eine Entscheidung Ihrer Berufs-genossenschaft (bei Untersuchungen aufgrund von Unfallverhütungsvorschriften) oder der zuständigen Behörde (bei Untersuchungen aufgrund von staatlichen Rechtsvorschriften – in der Regel Gewerbeaufsicht) herbeizuführen, wenn Sie die Bescheinigung für unzutreffend halten. | | | | |
| Hinweis für den Arzt: ¹⁾ Die Bescheinigung darf sich nur auf Befunde aus den angewandten Grundsätzen beziehen. Nebenfunde sind hier nicht zu berücksichtigen. ²⁾ Bemerkungen: Bitte hier Empfehlungen bei Bedenken, Auflagen, Bedingungen, Gründe für vorzeitige Nachuntersuchung bzw. für befristete Bedenken eintragen. Empfehlungen an den Versicherten hinsichtlich medizinischer Maßnahmen dürfen nur auf der Durchschrift für den Versicherten (Blatt 2) aufgeführt werden. Auf die Anzeigepflicht für Ärzte bei begründetem Verdacht des Bestehens einer Berufskrankheit (§ 5 Berufskrankheiten-Verordnung) wird hingewiesen. Die Berufs-genossenschaft ist auch in den Fällen zu unterrichten, bei denen die Gefahr des Entstehens, Wiederauflebens oder der Verschlimmerung einer Berufskrankheit im Sinne des § 3 Berufskrankheiten-Verordnung besteht. Dieser Unterrichtung muß der Versicherte zustimmen. | | | | |