

Arbeitgeber

Name / Unternehmen

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Kostenübernahmeerklärung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge

bei

Dr.med. Ines Ruck

Käthe-Kollwitz-Str. 9

04109 Leipzig

Tel. Terminvereinbarung: 0341 9800283

Auf Grund der Arbeitsplatzanalyse und
Gefährdungsbeurteilung ist / sind für den Arbeitnehmer

Name, Vorname

folgende Untersuchungen angezeigt (bitte markieren):

Angebotsvorsorge

- Feuchtarbeit von mehr als 2 Stunden – unter 4 Stunden pro Tag (ehemals G24)
- Bildschirmarbeitsplatz (ehemals G37)

Pflichtvorsorge

- Feuchtarbeit von 4 Stunden oder mehr pro Tag (ehemals G24)
- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen einschließlich gentechnischen Arbeiten mit humanpathogenen Organismen (ehemals G42)
- Tätigkeiten in Tropen, Subtropen und sonstige Auslandsaufenthalte mit besonderen klimatischen Belastungen und Infektionsgefährdungen (ehemals G35)

Bitte bringen Sie zum vereinbarten Termin folgende Unterlagen mit:

- Chipkarte (zur Datenaufnahme und ev. kassenärztliche Impfungen)
- Impfausweis
- gegebenenfalls Vorbefunde
- diese Kostenübernahmeerklärung

Datum

Stempel / Unterschrift
