Arbeitsmedizinischer Untersuchungsauftrag

Hiermit beauftrage/n ich/wir

Firma/Betrieb/Einrichtung

Stempel Firma/Betrieb/Einrichtung

ERGOMED bei u.g. Mitarbeiter/in folgende arbeitsmedizinische Untersuchung/en bzw. Leistungen auf Grundlage des ASiG durchzuführen:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name | Vorname | Geb.datum | Untersuchung/Leistung | Termin |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Tätigkeit:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich/wir bestätige/n, die Kosten für die o.g. arbeitsmedizinische/n Untersuchung/en bzw. Leistungen i.H. der arbeitsmedizinischen Gebührenordnung (GOÄ) zu übernehmen.

**→ Soweit vorhanden bitte aktuelle ärztliche Befunde sowie der Impfpass vorlegen!**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verantwortlich für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz (Vorname & Name & Telefon)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort/Datum/Unterschrift