Firmenname

Firmenanschrift

Name, Kontaktdaten des Absenders

Datum

Vorname Nachname

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

 Nachname,

nach dem Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung für Ihren Arbeitsplatz bin ich nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge gesetzlich verpflichtet, arbeitsmedizinische Vorsorge nach dem Anhang dieser Verordnung für Sie zu veranlassen.

|  |
| --- |
| **§ 4 ArbMedVV Absatz 1, Anhang** |
| Teil 1 (1), Tätigkeiten mit Gefahrstoffen[ ]  Gefahrstoffe gemäß Anhang Teil 1 (1) Tätigkeit beschreiben, Exposition, Dauer und Gefahrstoffe auflisten Sonstige Tätigkeiten wie[ ]  Feuchtarbeit regelmäßig 2 bis 4 Stunden je Tag Tätigkeit, Umfang und Dauer beschreiben [ ]  Andere sonstige Tätigkeiten gemäß Anhang Teil 1 (2): Tätigkeit beschreiben, Exposition, Dauer und Gefahrstoffe auflisten |
| Teil 2 (1), Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen[ ]  Gezielte Tätigkeiten:  Tätigkeit beschreiben, Exposition, Biostoffe nach ArbMedVV Anhang Teil 2 auflisten [ ]  Nicht gezielte Tätigkeiten: Tätigkeit beschreiben, Exposition, Biostoffe nach ArbMedVV Anhang Teil 2 auflisten |
| [ ]  Teil 3 (1), Tätigkeiten mit physikalischen Einwirkungen: Tätigkeiten und Expositionen auflisten, z.B. Lärm, Vibration, inkohärente optische Strahlung |
| Teil 4 (1), Sonstige Tätigkeiten[ ]  mit Tragen von Atemschutzgeräten der Gruppen 2 und 3 Tätigkeiten und Dauer beschreiben [ ]  Auslandsaufenthalte unter besonderen klimatischen Belastungen und Infektionsgefährdungen Land und Tätigkeiten auflisten |

Die Teilnahme an der Pflichtvorsorge ist Voraussetzung für die Ausübung der Tätigkeit. Die Vorsorge und notwendige Impfungen sind für Sie kostenfrei und erfolgen innerhalb Ihrer Arbeitszeit. Sie erhalten vom Arzt eine Vorsorgebescheinigung.

Ich weise darauf hin, dass nach den gesetzlichen Regelungen eine Information des Arbeitgebers über das Ergebnis der Vorsorge nicht erfolgt. Der Arzt ist an die ärztliche Schweigepflicht gebunden. Pflicht- oder Eignungsuntersuchungen nach anderen Rechtsvorschriften ( zum Beispiel Atomgesetz, Fahrerlaubnisverordnung) sind hier nicht erwähnt.

Bitte vereinbaren Sie einen Termin mit :

Titel, Vorname Nachname, Kontaktdaten

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

Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers