

**Kostenübernahmeerklärung und Untersuchungsauftrag für
arbeitsmedizinische Leistungen**

für Betriebsmedizin Lemmerich, Schweinfurter Straße 11, 97717 Euerdorf

Auftraggeber:

Ansprechpartner:

Telefon:

Mitarbeiter (Angaben zur Untersuchungsperson):

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer.:

Gewünschte arbeitsmedizinische Untersuchung (bitte ankreuzen):

- Eignungsuntersuchung LKW-Führerschein
- Eignungsuntersuchung Personenbeförderungsschein / Bus-Führerschein
- Lärmbelastung (G20)
- Feuchtarbeit (G24)
- Infektionsgefährdung inkl. Blutabnahme (G42)*
- Fahr- und Steuertätigkeit (G25)
- Atemschutzgeräteträger (G26.3)
- Bildschirmtätigkeit (G37)
- Arbeiten in der Höhe (G41)

*Je nach Untersuchung können Laborkosten anfallen, diese werden von unserer Praxis in Rechnung gestellt.

Die Vorsorgebescheinigungen werden der untersuchten Person mitgegeben.

Die Kostenübernahme können Sie gerne zum Termin mitbringen oder per Mail an:
info@betriebsmedizin-lemmerich.de

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift