

**Kostenübernahmeerklärung und Untersuchungsauftrag
für arbeitsmedizinische Leistungen**

an Betriebsmedizin Lemmerich, Kirchstr. 14, 97727 Fuchsstadt

Auftraggeber/Rechnungsadresse:

Ansprechpartner bei Rückfragen:

Telefon, ggf. E-Mail-Adresse für Rechnungsversand:

Mitarbeiter/-in (Angaben zur Untersuchungsperson):

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Gewünschte arbeitsmedizinische Untersuchung (bitte ankreuzen):

- ☐ Eignungsuntersuchung für LKW-Führerschein
- ☐ Eignungsuntersuchung für Bus-Führerschein/ Personenbeförderungsschein
- ☐ Eignungsuntersuchung Atemschutzgeräteträger für Feuerwehr (ehemals G26.3)
- ☐ Eignungsuntersuchung Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeit (ehem. G25)
- ☐ Eignungsuntersuchung Arbeiten mit Absturzgefahr (ehemals G41)
- ☐ Vorsorge Infektionsgefährdung, ggf. inkl. indizierter Blutabnahme (ehemals G42) *
- ☐ Vorsorge Hautgefährdung durch Feuchtarbeit (ehemals G24)
- ☐ Vorsorge Bildschirmtätigkeit (ehemals G37)
- ☐ Vorsorge Lärmbelastung (ehemals G20)
- ☐ weitere Vorsorgen: _____

*es können zusätzliche Laborkosten anfallen; diese werden von unserer Praxis in Rechnung gestellt.

Die Vorsorge-/Eignungsbescheinigungen werden der untersuchten Person mitgegeben.

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

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. Stempel