

Untersuchungsauftrag für arbeitsmedizinische Leistungen

Bitte führen Sie folgende Untersuchung für

Name, Vorname: _____

Geb.Dat.: _____

Straße/ Haus-Nr.: _____

PLZ/ Wohnort: _____

durch:

- ☐ Untersuchungen nach der Fahrerlaubnisverordnung (FeV)
- ☐ Leistungsuntersuchung nach Anlage 5 Nr. 2 FeV
- ☐ G 10 Methanol
- ☐ G 20 Lärm
- ☐ G 23 Obstrukt. Atemwegserkrankungen
- ☐ G 24 Hautbelastende Tätigkeit
- ☐ G 25 Fahr-Steuertätigkeiten
- ☐ G 26.1 Atemschutzgeräte
- ☐ G 26.3 Umluftunabhängige Atemschutzgeräte / schwerer Atemschutz
- ☐ G 37 Bildschirmarbeitsplatz
- ☐ G 40 Krebserzeug. Gefahrenstoffe allg.
- ☐ G 41 Arbeiten Absturzgefahr
- ☐ G 42 Infektionsgefährdung
- ☐ G
- ☐ AVU
- ☐ Impfungen gegen Hepatitis A/ Hepatitis B *
- ☐ Impfungen gegen.....

Vereinbarter Termin: _____

(Stempel Firma, gg. Rechnungsanschrift)

Datum, Unterschrift:

Ansprechpartner: _____

(Name in Druckbuchstaben)

Tel.-Nr: _____

* nicht zutreffendes bitte streichen