**Führen und Organisieren 11**

* + 1. **Untersuchungsauftrag für Arbeitsmedizinische Untersuchung**

Grundlage für die Arbeitsmedizinische Untersuchung ist die aktuelle Gefährdungsbeurteilung

**Auftraggeber:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ Ort: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ansprechpartner | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Tel. für Rückfragen: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Abweichende Rechnungsanschrift**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ Ort: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Name Mitarbeiter**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ausgeführten Tätigkeiten: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |

**Untersuchender Arbeitsmediziner**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Praxis | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ Ort: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ansprechpartner | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Tel. Terminvereinbarung: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Bemerkungen:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Ergänzungen zu den unten aufgeführten Untersuchungsaufträgen

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

Unterschrift des Anordnungsberechtigten

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

Datum / Stempel der Einrichtung Name in Druckbuchstaben

**Wir beauftragen Sie mit der Durchführung einer arbeitsmedizinischen Vorsorge\*:**

*Zutreffendes ankreuzen, nicht Zutreffendes streichen*

**Infektionsgefährdung**

Nachweis Impfstatus gemäß Masernschutzgesetz

Infektionsschutz vorschulische Kinderbetreuung inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (MMR und Hep. A, Hep. B)

Infektionsschutz vorschulische Kinderbetreuung mit zusätzlichen Infektionsgefährdungen Text einzugeben.(z. B. im Waldkindergarten) inkl. ggf. Impfangebot und Impfung

Infektionsschutz Pflege inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (Hep. A, Hep. B)

Infektionsschutz Grünpflege inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (FSME)

Infektionsschutz Lehrerinnen und Seelsorger inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (Röteln und Windpocken)

**Muskel-Skelett-Belastung**

Schweres Heben und Tragen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)

Ganzkörpervibrationen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)

Hand-Arm-Vibrationen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)

Arbeiten im Lärm Beurteilungspegel > 80 dB(A) gemittelt über 8 Std. pro Tag

**Feuchtarbeit > 2 Std. pro Tag**

**Bildschirmtätigkeit**

**Untersuchung für gefährliche Baumarbeiten**

**Arbeitsmedizinische Vorsorge, die auf Grund der Gefährdungsbeurteilung angeboten werden muss** (Text eingeben, konkrete Gefährdung angeben, z. B. Umgang mit Gefahrstoffen)

**Untersuchung/Beratung bei Beschwerden mit direktem Bezug zur Tätigkeit (Wunschvorsorge)** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Wir beauftragen Sie mit der Durchführung einer Untersuchung\*:**

**individueller arbeitsmedizinischer Vorsorge im Rahmen von Schwangerschaft bei infektionsgefährdenden Tätigkeiten** (z.B. Erzieher)

**Untersuchung/Beratung nach Langzeiterkrankung/mit Schwerbehinderung (unter Vorlage einer Fragestellung und Arbeitsplatzbeschreibung)**

**Jugendarbeitsschutzuntersuchung**

**Zusätzliche kostenpflichte Leistung** z.B. Einstellungs- personal-, beamtenrechtliche Untersuchung

Adresse des Auftraggebers

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Bestätigung über Besuch beim Arbeitsmediziner**

(zurück an den Auftraggeber)

**Umfang der Ausführung der Leistung:**

Mitarbeiter hat den Termin wahrgenommen

Wunschuntersuchung hat stattgefunden

Angebotsuntersuchung

Pflichtvorsorge (Bescheinigung dem Mitarbeiter übergeben)

Eignungsuntersuchung (Bescheinigung dem Mitarbeiter übergeben)

Verordnung einer speziellen Sehhilfe am Bildschirmarbeitsplatz

Empfohlener Termin zur nächsten Vorstellung beim Arbeitsmediziner: Monat : Jahr

**Bemerkung:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

Unterschrift

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

Datum / Stempel der Praxis Name in Druckbuchstaben