

## Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung für arbeitsmedizinische Leistungen

für Praxis Dr. med. Wantzen, Allgemein- und Betriebsmedizin, Salinenstr. 35, 55543 Bad Kreuznach

<b>Auftraggeber</b>	<b>Stempel</b>
Ansprechpartner	
Adresse 1	
Adresse 2	
Postleitzahl	
Ort	

Hiermit beauftrage ich die Praxis Dr. Wantzen mit der Durchführung der nachfolgend angekreuzten arbeitsmedizinischen Untersuchung(en)/Vorsorgen für die unten genannte Person. Die Leistungsbeschreibung habe ich der Preisliste entnommen. Der Umfang der Leistungsbeschreibung entspricht den früheren G Grundsätzen der BG, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde. Mit dem in der Preisliste genannten Honorar bin ich einverstanden.

**Angaben zur Person:**

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

**Arbeitsmedizinische Vorsorgen:**

		Vorsorge			Vorsorge
Lärm (G20)	<input type="checkbox"/>		Bildschirmarbeit (G37)	<input type="checkbox"/>	
Feuchtarbeit (G24)	<input type="checkbox"/>		Absturzgefahr (G41)	<input type="checkbox"/>	
Fahr- und Steuer- tätigkeit (G25)	<input type="checkbox"/>		Biologische Arbeitsstoffe (G42)	<input type="checkbox"/>	
Atemschutz Gruppe III (G26.3)	<input type="checkbox"/>		Weitere Vorsorgen gemäß Beauftragung im Einzelfall	<input type="checkbox"/>	
Hitzearbeit (G30)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Überdruck (G31)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Auslandsaufenthalt (G35)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Datum

Unterschrift

---