

# Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung

für Dr. med. Johannes Wantzen, Arzt für Allgemeinmedizin, Betriebsmedizin,  
Verkehrsmedizin, Tauchmedizin, Reisemedizin  
Salinenstraße 35, 55543 Bad Kreuznach

**Auftraggeber:**

|  |
|--|
|  |
|--|

Hiermit beauftrage ich Dr. med. J. Wantzen mit der Durchführung der nachfolgend Untersuchung/en für die unten genannte Person.

Die Leistungsbeschreibungen habe ich der Preisliste auf der Homepage der Praxis (<https://www.arzt-bad-kreuznach.de/>) bzw. einer aktuellen offline Version entnommen. Mit dem in der Preisliste aufgeführten **Honorar** bin ich einverstanden. Über eine evtl. anfallende **Versäumnisgebühr** bei nicht rechtzeitig abgesagten Untersuchungsterminen bin ich informiert.

Zu untersuchende Person:

|  |
|--|
|  |
|--|

## Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen:

|   |
|---|
|   |
| G20.1 (Lärm) G41 (Arbeiten mit Absturzgefahr)   |
| G24 (Haut) bis 40. Lebensjahr.  |
| G25 (Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten)  |
| G41 (Arbeiten mit Absturzgefahr) über 40. Lebensjahr  |
| G26.3 (Atemschutzgeräte) G25 + G26.3 + G41  |
| G25 + G26.3 G42 (Infektionsgefährdung)  |
| G37 (Bildschirmarbeitsplatz) H8 (Arbeiten im Forst)   |
| H9 (Baumarbeiten)   |
| G35 (Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen) |
| G35 für begleitenden Lebenspartner  |

|   |
|---|
| <b>Tropenmedizinische Untersuchung für mitausreisendes Kind</b> |
|---|

Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung für Dr. med. Johannes Wantzen

Seite 2

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>Einstellungsuntersuchungen:</b> |
|------------------------------------|

|  |
|--|
| Einstellungsuntersuchung ohne arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung |
|--|

|  |
|--|
| Einstellungsuntersuchung mit arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchung |
|--|

|   |
|---|
| Einstellungsuntersuchung mit erhöhter Komplexität |
|---|

|  |
|--|
| Einstellungsuntersuchung für Erzieher/innen mit Erstellung eines Immunstatus / G42 |
|--|

|  |
|--|
| <b>Andere arbeitsmedizinische Untersuchungen/Leistungen:</b> |
|--|

|                                    |
|------------------------------------|
| Anlassbezogene arbeitsmedizinische |
|------------------------------------|

|              |
|--------------|
| Untersuchung |
|--------------|

|                                   |
|-----------------------------------|
| Bestimmung des Impfschutzes gegen |
|-----------------------------------|

|                          |
|--------------------------|
| Hepatitis B nach Impfung |
|--------------------------|

|                                   |
|-----------------------------------|
| Immunstatus für Erzieherinnen und |
|-----------------------------------|

|                                    |
|------------------------------------|
| Untersuchung nach der ArbMedVV G42 |
|------------------------------------|

|                        |
|------------------------|
| (Infektionsgefährdung) |
|------------------------|

|                       |
|-----------------------|
| Untersuchung nach dem |
|-----------------------|

|                                   |
|-----------------------------------|
| Mutterschutzgesetz für schwangere |
|-----------------------------------|

|                                      |
|--------------------------------------|
| Erzieherinnen / Bedienstete in Kitas |
|--------------------------------------|

|  |
|--|
| Impfungen Eignungsuntersuchung Motorsäge |
|--|

|   |
|---|
| <b>Andere nicht-arbeitsmedizinische Untersuchungen/ Leistungen:</b> |
|---|

|   |
|---|
| Fahrtauglichkeit nach FEV für LKWführerschein |
|---|

|         |
|---------|
| (Teil1) |
|---------|

|                            |
|----------------------------|
| Ausstellung von ärztlichen |
|----------------------------|

|                              |
|------------------------------|
| Bescheinigungen / Zeugnissen |
|------------------------------|

|                               |
|-------------------------------|
| Ausstellung neuer Impfausweis |
|-------------------------------|

|  |
|--|
| <b>Reisemedizinische Beratung bei beruflich bedingten Auslandsreisen :</b> |
|--|

|  |
|--|
| Reisemedizinische Beratung einschl. notwendiger Impfungen und ggfls. Ausstellung eines |
|--|

|                                 |
|---------------------------------|
| Rezeptes zur Malariaprophylaxe. |
|---------------------------------|

|   |
|---|
| Zusendung eines Malariarezeptes auf Anfrage bei beruflicher Reise |
|---|

|  |
|--|
| Besondere Hinweise oder Fragestellung: |
|--|

Datum: Unterschrift