



Zentrum für
**Diagnostik, Reisemedizin und
 Betriebsmedizin**

**Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung für
 arbeitsmedizinische Leistungen**

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

Auftraggeber	Stempel
Ansprechpartner	
Adresse 1	
Adresse 2	
Postleitzahl	
Ort	

Hiermit beauftrage ich die Praxis Dr. Wantzen mit der Durchführung der nachfolgend angekreuzten arbeitsmedizinischen Untersuchung(en) für die unten genannte Person. Die Leistungsbeschreibung habe ich der Preisliste entnommen. Mit dem in der Preisliste genannten Honorar bin ich einverstanden.

Bitte kreuzen Sie unten an, ob es sich um eine Eignungsuntersuchung handelt oder um eine Untersuchung nach arbeitsmedizinischer Vorsorge (ArbmedVV). Ohne Ihre Angabe richten wir uns nach den Vorgaben der arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung (ArbmedVV).

Angaben zur Person:

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

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen :

	Eignung	Vorsorge		Eignung	Vorsorge
Lärm (G20)			Bildschirmarbeit (G37)		
Feuchtarbeit (G24)			Absturzgefahr (G41)		
Fahr- und Steuer- tätigkeit (G25)			Biologische Arbeitsstoffe (G42)		
Atemschutz Gruppe III (G26.3)			Strahlenschutzuntersuchung		
Hitzearbeit (G30)					
Überdruck (G31)					
Auslandsaufenthalt (G35)					

Datum

Unterschrift
