Formular für Allg. Arbeitsmedizinische Untersuchung

HAUS ARZT TEAM

Das Formular ist vom Arbeitgeber auszufüllen und spätestens zum Untersuchungstermin durch den AN vorzulegen

Arbeitgeber: _____

Familienname: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Pflichtuntersuchungen nach ArbMedVV wie z.B.

Tätigkeiten mit den Gefahrstoffen (welche z.B.)

- o Nein
- o Benzol
- o _____

Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (welche z.B.)

- o Nein
- o Blut, Urin, Stuhlgang
- o _____

Tätigkeiten mit physikalischen Einwirkungen (welche z.B.)

- o Nein
- o Hitzebelastung, Kältebelastung - 25°
- o Lärmexposition 85 dB(A), A(8) = 5 m/s2
- o Tätigkeiten mit Hand-Arm- oder Ganzkörper Vibrationen
- o Tätigkeiten **in** Druckluft (>0,1 bar)
- o Atemschutzgeräten der Gruppen 2 und 3
- o Tropen, Subtropen, Auslandsaufenthalte
- o _____

Arbeitsunfähigkeit (AU)

o Gesamte AU-Zeit in den letzten 12 Monaten:

_____

□*Ja* □*Nein* - Zurzeit. AU?

□*Ja* □*Nein* Wiedereingliederung □seit _____

Terminvereinbarung:

Mit welchem HAT-Mitarbeiter wurde der Termin vereinbart?

_____

Welcher Arzt führt die Untersuchung durch

- o Dr. med. Robin John
- o Dr. med. Burkhard John
- o _____

Wann:

- _____

Wo:

- o Praxis Breiteweg 4 in Schönebeck (Elbe)
- o _____

Organisatorisches:

Rückfragen an der AG sind zu stellen an Tel./Fax/Mail:

Tel:_____(ggf. auch **wärend** der Untersuchung!)

Fax:_____

Mail:_____

□*Ja* □*Nein* - Evtl. Entbindung der Schweigepflicht für Dres. med. B. und R. John gegenüber benannter! Personen des Arbeitgebers ist vorhanden (wenn Ja - Kopie beilegen)?

Formulierung der Historie/Problematik/Sorge ect.:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Fragestellung des Arbeitgebers an den Betriebsarzt:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____