

Kostenübernahmeerklärung und Untersuchungsauftrag für arbeitsmedizinische Leistungen

für Praxis am Apostelhof, Grabenstr.1, 73033 Göppingen

Auftraggeber:

Ansprechpartner:

Telefon:

Mitarbeiter (Angaben zur Untersuchungsperson):

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Gewünschte arbeitsmedizinische Untersuchung (bitte ankreuzen):

Lärm (G20)

Haut (G24)

Fahr- und Steuertätigkeit (G25) ohne Perimetrie als Eignungsuntersuchung

Atemschutzgeräteträger (G26.3) als Eignungs- oder Vorsorgeuntersuchung

Auslandsaufenthalten (G35) als Eignungs- oder Vorsorgeuntersuchung

Arbeiten in der Höhe (G41) ohne Perimetrie als Eignungsuntersuchung

Vorsorgeuntersuchung bei Infektionsgefährdung incl. Blutabnahme (G42) *

*Je nach Untersuchung können Laborkosten anfallen, diese werden von unserer Praxis in Rechnung gestellt.

Die Vorsorgebescheinigungen werden an die untersuchte Person versendet

(Die Abgabe der Arbeitgebervorsorgebescheinigung obliegt dann dem Arbeitnehmer).

Für telefonische Rückfragen stehen wir gerne unter: 07161-6562320 zur Verfügung.

Fax-Antwort an: 07161-6562329 oder per mail an: team@praxis-am-apostelhof.de

Datum:

Unterschrift: