

Goethestr. 115
85055 Ingolstadt

Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung für arbeitsmedizinische Leistungen

Auftraggeber:	Ansprechpartner (Tel. Nummer und Email):
Adresse:	Stempel:

Hiermit beauftrage ich die as+ Arbeitsmedizin & Sicherheitstechnik mit der Durchführung der nachfolgend angekreuzten arbeitsmedizinischen Untersuchung(en) für die unten genannte Person. Mit dem in der Preisliste (siehe www.as-plus.de) aufgeführten Honorar bin ich einverstanden.

Bitte zum Termin die Versichertenkarte (nur zum schnelleren Einlesen der Daten!), den Impfpass und ggf. eine Brille mitbringen.

Zu untersuchende Person:

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:	Adresse:	Telefonnummer:
-----------	----------	---------------	----------	----------------

Untersuchung	Gewünscht
G20 - Tätigkeiten mit Lärmexposition	
G23 - Obstruktive Atemwegserkrankungen	
G24 - Hautbelastung	
G25 - Fahr- & Steuertätigkeit	
G26/1 - Atemschutz Gruppe 1	
G26/2 - Atemschutz Gruppe 2	
G26/3 - Schwerer Atemschutz Grupp 3	
G35 - Arbeitsaufenthalt im Ausland (klimatisch belastend)	
G37 - Bildschirmarbeitsplatz	
G39 - Schweißrauche	
G41 - Arbeiten mit Absturzgefahr	
G42 - Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung	
FEV - Gesamtuntersuchung (LKW, Traktor)	
FEV - Gesamtuntersuchung (Taxi, Bus)	
Infektionsschutzbelehrung	
Sonstige gewünschte Untersuchung:	

Datum: _____

Unterschrift: _____