

## Untersuchungsauftrag und Kostenübernahme für Mitarbeitende (FEV)

### Auftraggeber

Betrieb	Ansprechpartner (Telefonnummer und E-Mail)
Adresse	Stempel

Hiermit beauftrage ich die as+ Arbeitsmedizin & Sicherheitstechnik mit der Durchführung der nachfolgend angekreuzten Untersuchung(en) für unten genannten Mitarbeitenden. Mit dem in der Preisliste aufgeführten Honorar bin ich einverstanden.

### Mitarbeitender

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
---------	----------	--------------

### Untersuchungsumfang

Untersuchung	Gewünscht
Führerscheinuntersuchung LKW (Erstausstellung oder Verlängerung)	
Führerscheinuntersuchung Bus (Erstausstellung oder Verlängerung)	
Untersuchung für Personenbeförderungsschein Taxi (Erstausstellung oder Verlängerung)	
Reaktionstest einzeln	

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

*Die Angaben werden ausschließlich zur Terminvereinbarung und Durchführung der betriebsärztlichen Untersuchung verwendet.*