

An den
Betriebsärztlichen Dienst

Einrichtung: _____

Institut/Seminar/Abteilung: _____

Anlass

Bildschirmarbeitsplatzbrille

Arbeitsmedizinische Vorsorge (Pflicht-/ Angebots-/Wunschvorsorge):

Eine aktuelle arbeitsplatz- und/oder tätigkeitsbezogene Gefährdungsbeurteilung unter besonderer Berücksichtigung der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) liegt vor. Diese hat ergeben, dass

eine Pflichtvorsorge durchzuführen ist.

eine Angebotsvorsorge anzubieten ist.

eine Wunschvorsorge gewünscht wird.

Eine Kopie des ausgefüllten Fragebogens gem. ArbMedVV ist grundsätzlich beizufügen. Das Original verbleibt bei der Führungskraft.

Vor Eingang der Vorsorgebescheinigung bei der Führungskraft dürfen Beschäftigte die Tätigkeiten nicht aufnehmen.

Anzumeldende Person (private Anschrift)

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon (dienstl.): _____ E-Mail (dienstl.): _____

Finanzierung

Landesmittel Drittmitteln

Kostenstelle: _____ Abrechnungsobjekt: _____

Führungskraft

Name, Vorname: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Datum, Unterschrift der Führungskraft _____