



Kostenübernahmeerklärung und Untersuchungsauftrag für arbeitsmedizinische Leistungen

Kostenträger: (Firma/Betrieb/Praxis/Name)	
ggf. Ansprechpartner:	
Strasse:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
E-mail:	

Hiermit erklären wir verbindlich, die anfallenden Kosten für die durchgeführten Kosten/Untersuchungen für u.g. Personen zu übernehmen. Über die festgelegten Preise + ggf. USt und Folgekosten (z.B. Impfstoffe, Impfungen...) bin ich informiert und einverstanden.

Uns ist bekannt, dass Termine, wenn sie **später als 24 h vorher abgesagt werden, mit 80% des Zeitanteils für die geblockte Zeit zu einem Stundensatz von 140 € Untersuchung in Rechnung** gestellt werden.

Untersuchungskombinationen werden max. für 1Std./Person in Rechnung gestellt.

Zu untersuchende Person

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:	Tel.	Termin am: Datum & Uhrzeit**

Vorsorgen/Untersuchungen

Grundsatz	Zeitanteil	Inhalt	Eignung/Vorsorge	
G 20	0,5 h	Lärmexposition (Vorsorge)	☐ Angebotsvorsorge	☐ Pflichtvorsorge
G 23	0,5 h	Obstruktive Atemwegserkrankungen (Vorsorge)	☐ Angebotsvorsorge	☐ Pflichtvorsorge
G 24	0,5 h	Feuchtarbeit (Vorsorge)	☐ Angebotsvorsorge	☐ Pflichtvorsorge
G 25	0,5 h	Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten (Eignung)*	☐ Eignung	

**BDN****Betriebsärztlicher Dienst Norddeutschland GmbH**

G 26.2	1,0 h	Atenschutzgeräteträger Gruppe 2	☐ Eignung	☐ Pflichtvorsorge
G 26.3	1,0 h	Atenschutzgeräteträger Gruppe 3*	☐ Eignung	☐ Pflichtvorsorge
G 35	0,5 h	Arbeiten im Ausland (Vorsorge)	☐ Angebotsvorsorge	☐ Pflichtvorsorge
G 37	0,5 h	Tätigkeiten an Bildschirmgeräten (Vorsorge)	☐ Angebotsvorsorge	
G 39	0,5 h	Schweißrauche (Vorsorge)	☐ Angebotsvorsorge	☐ Pflichtvorsorge
G 41	1,0 h	Arbeiten mit Absturzgefahr (Eignung)*	☐ Eignung	
G 42	0,5 h	Biologische Arbeitsstoffe (Vorsorge) □ Impfstoffkosten werden übernommen	☐ Angebotsvorsorge	☐ Pflichtvorsorge
FEV	1,0 h	Fahrtauglichkeit nach FEV (Eignung)* ☐ LKW ☐ Bus ☐ Taxi	☐ Eignung	
G 1.4	0,5 h	Einatembare Staub (Vorsorge)	☐ Angebotsvorsorge	☐ Pflichtvorsorge
EUS	0,5 h	Einstellungsuntersuchung (Eignung)	☐ Eignung	
Sonstige gewünschte Untersuchung (bitte genau angeben)				
Sonstige gewünschte Untersuchung (bitte genau angeben)				
Untersuchung zur Einsatzfähigkeit (1,0 h)			☐ Eignung	

Datum: _____

Unterschrift: _____
ggf. Firmenstempel

*Bei Vorerkrankungen müssen ärztliche Befunde/Facharztbefunde zur Untersuchung mitgebracht werden!

**Sollte der Termin nicht eingetragen werden, kann der Termin nicht verbindlich gebucht werden und wird ggf. anderweitig vergeben.