Betriebsärztlicher Dienst Norddeutschland GmbH

Osterweide 8
23562 Lübeck

Tel.: 0451/607 299 0
Fax: 0451/607 299 29
E-Mail: info@bd-nord.de
www.bd-nord.de

Kostenübernahmeerklärung und Untersuchungsauftrag für arbeitsmedizinische Leistungen

Kostenträger: (Firma/Betrieb/Praxis/Name)	
ggf. Ansprechpartner:	
Strasse:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
*E-Rechnungsadresse: [E-Mail von Privatkunden:]	

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	

G 26.2	1,0 h	Atemschutzgeräteträger Gruppe 2	☐ Eignung	☐ Pflichtvorsorge
G 26.3	1,0 h	Atemschutzgeräteträger 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	Einatembarer 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

*Geschäftskunden (B2B) haben verpflichtend sicherzustellen, dass eine geeignete Empfangsadresse für elektronische Rechnungen (E-Rechnungen) zur Verfügung steht. Für Privatkunden ergeben sich hieraus keine Änderungen, da sie nicht von der gesetzlichen Verpflichtung zur Ausstellung und zum Empfang von E-Rechnungen im B2B-Bereich erfasst sind.

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

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