

Auftrag an:

Auftraggeber/-in:

Auftrag zur Durchführung der arbeitsmedizinischen Vorsorge

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte für:

geb. am

Tätigkeit:

um Durchführung der arbeitsmedizinischen Vorsorge gemäß ArbmedVV zu folgenden Gefährdungen (wie angekreuzt):

Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung (ehemals G 42)				
		Pflicht	Angebot	Wunsch
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B, C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<div style="background-color: #ADD8E6; width: 100%; height: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige				
<input type="checkbox"/>	Gefährdung der Haut (ehemals G 24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tätigkeiten an Bildschirmgeräten (ehemals G 37)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<div style="background-color: #ADD8E6; width: 100%; height: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Kosten der arbeitsmedizinischen Vorsorge einschließlich notwendiger Impfungen werden von mir als Auftraggeber/-in übernommen.

Ort, Datum

Unterschrift