

## Kostenübernahmeerklärung für arbeitsmedizinische Leistungen

### Auftraggeber:

Firma	Auftraggeber (Firmenstempel)
Ansprechpartner	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
Email	

Hiermit beauftrage/n ich/wir die arbeitsmedizinische Praxis Christiane Kätscher-Murad mit der Durchführung der nachfolgenden Untersuchung/en für unsere/n nachfolgende/n genannte Mitarbeiter/in. Bitte stellen Sie sicher, dass Ihr/e Mitarbeiter/in zu dem eingeplanten Termin pünktlich erscheint. Sollte Ihr/e Mitarbeiter/in den geplanten Termin nicht wahrnehmen können, ohne dass wir darüber rechtzeitig (48Std.) im Voraus informiert wurden, müssen wir Ihnen 50% des anzufallenden Honorars für die in dem Behandlungstermin vorgesehenen Leistungen in Rechnung stellen.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lärmexposition (G20)                    | <input type="checkbox"/> Hitze (G30)                                  |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen (G24)                  | <input type="checkbox"/> Arbeitsaufenthalt im Ausland (G35)           |
| <input type="checkbox"/> Fahr-Steuer-Überwachungstätigkeit (G25) | <input type="checkbox"/> Bildschirmarbeit (G37)                       |
| <input type="checkbox"/> Atemschutz (G26.1)                      | <input type="checkbox"/> Tätigkeiten mit Absturz (G41)                |
| <input type="checkbox"/> Atemschutz (G26.2)                      | <input type="checkbox"/> Tätigkeiten mit biolog. Arbeitsstoffen (G42) |
| <input type="checkbox"/> schwerer Atemschutz (G26.3)             | <input type="checkbox"/> sonstige: _____                              |

### Mitarbeiterdaten (bei mehreren Mitarbeitern benutzen Sie bitte die zweite Seite des Formulars)

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
 Privatanschrift (Straße, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
 Telefonnummer (Mitarbeiter)

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift (Auftraggeber)

## Anmeldung mehrerer Personen zu arbeitsmedizinischen Vorsorgen

Nr.	Name	Vorname	Geburtsdatum	Anschrift (privat)	Telefon (privat)	Welche Vorsorgen
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						

Bitte zusammen mit dem ausgefülltem und unterzeichnetem Auftragsformular (Vorderseite) an die Praxis zusenden.