

**Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung für  
arbeitsmedizinische Leistungen**

Hiermit beauftrage ich das Arbeitsmedizinische Kompetenzzentrum mit der Durchführung der nachfolgend angekreuzten arbeitsmedizinischen Untersuchung(en) für die unten genannte Person. Mit dem in der Preisliste aufgeführten Honorar bin ich einverstanden.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Adresse	Telefonnummer

		Eignung	Vorsorge
G20	Tätigkeit im Lärm		
G24	Hauterkrankungen		
G25	Fahr-Steuer und Überwachungstätigkeit		
G26	Atemschutz		
G37	Bildschirmtätigkeit		
G41	Tätigkeit mit Absturzgefahr		
G42	Tätigkeit mit Infektionsgefährdung		
Sonstige gewünschte Untersuchung:			
Sonstige gewünschte Untersuchung:			

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_