

Firma	.....
Ansprechpartner	.....
Tel.-Nr. (für evtl. Rückfragen)	.....

## **Auftrag zur Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgen / Untersuchungen**

Name, Vorname: .....  
 Geb.-Datum: .....  
 PLZ Wohnort, Straße Nr: .....  
 Tätigkeit: .....  
 Einsatzort: .....

Termin:

### **Durchzuführende Vorsorgen / Untersuchungen:**

**Bitte unbedingt die Untersuchungsart (Eignung od. Vorsorge) ankreuzen!!!**

Bezeichnung	Eignung	Vorsorge (Pflicht / Angebot / Wunsch)
Eignung/Vorsorgen/Untersuchung gemäß ArbMedVV, JArbSchG, ArbZG, FeV, RÖV ,(G-Grundsätze) u. a.		

Die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge verlangt grundsätzlich eine Trennung von **arbeitsmedizinischer Vorsorge** und **Eignung**.

**Die Vorsorge** dient der Gesunderhaltung der Beschäftigten. Bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge beraten Betriebsärzte den Beschäftigten über die Wechselwirkungen zwischen Arbeit und Gesundheit und beurteilen diese auch in Hinblick auf seine individuelle Gesundheit. Die Inhalte und das Ergebnis der arbeitsmedizinischen Vorsorge sind vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Der Arbeitgeber erhält eine Vorsorgebescheinigung, aus der hervorgeht, dass und wann die arbeitsmedizinische Vorsorge stattgefunden hat und wann die nächste Vorsorge empfohlen wird.

**Eignungsuntersuchungen** bedürfen einer Rechtsgrundlage. Sie dienen der Klärung, ob ein Beschäftigter die gesundheitlichen Anforderungen an diese Tätigkeit erfüllt. Sie unterliegen besonderen arbeitsrechtlichen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen und entsprechen einer gutachterlichen Untersuchung im Auftrag des Arbeitgebers. Der Arbeitgeber erhält eine Bescheinigung, aus der hervorgeht, ob gesundheitliche Bedenken gegen die Ausübung einer Tätigkeit bestehen oder nicht. Die Einwilligung des Beschäftigten für die Untersuchung, und für die Ergebnismitteilung an den Arbeitgeber ist grundsätzlich in schriftlicher Form erforderlich.

Datum \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift -Arbeitgeber \_\_\_\_\_



Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten dient zur Erfüllung vertraglicher und/oder rechtlicher Verpflichtungen. Betroffene haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit, **Widerruf**, **Widerspruch** und Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde. Weitere Informationen finden Sie unter [www.  
http://bestmedicalsolutions.de/datenschutzerklaerung/](http://bestmedicalsolutions.de/datenschutzerklaerung/)

Bitte mitbringen:

**Impfpass - nur bei Infektionsgefährdung (ehem. G 42), aktuelle Brillen**