EVANGELISCHE FACHSTELLE
für Arbeits- und Gesundheitsschutz

ARBEITSMEDIZINISCHE VORSORGE

Tipps für die Praxis

Foto: © Inna Rempel / Landeskirche Hannovers

BETRIEBS-ARZT/AERZTIN

ARBEITSMEDIZINISCHE BETREUUNG

Betriebsarzt/Betriebsärztin

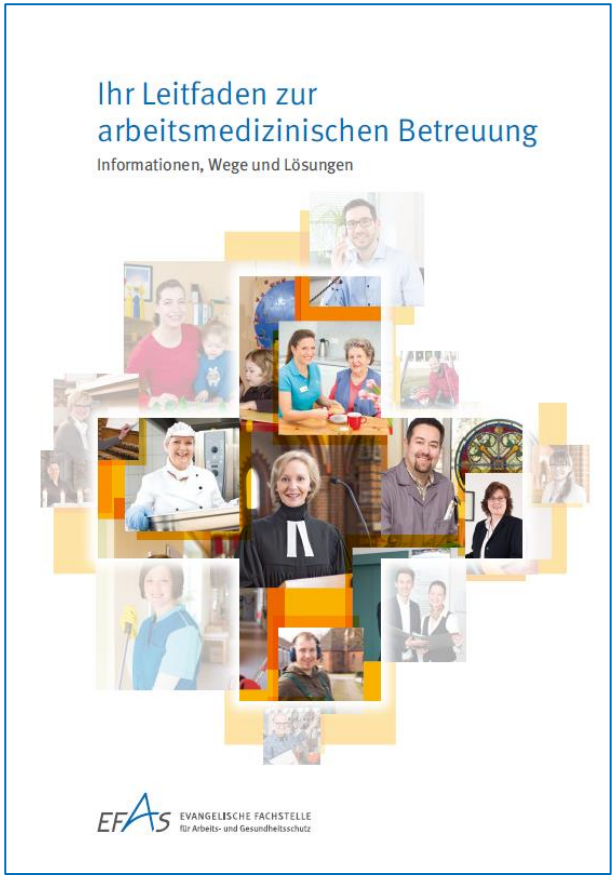
Beratung	Vorsorge	Mitwirkung
• Arbeitgeber, MAV, Mitarbeitende • Arbeitsplatz-begehung • Arbeitsschutz-ausschuss • ...	• Beratung • Untersuchung • Impfangebot, Impfung • ...	• Mutterschutz • Wieder-eingliederung Langzeiterkrankter • Jugendarbeits-schutz • ...

ARBEITSMEDIZINISCHE VORSORGE

ArbMedVV

ARBEITSMEDIZINISCHE VORSORGE

Leitfaden



ARBEITSMEDIZINISCHE VORSORGE

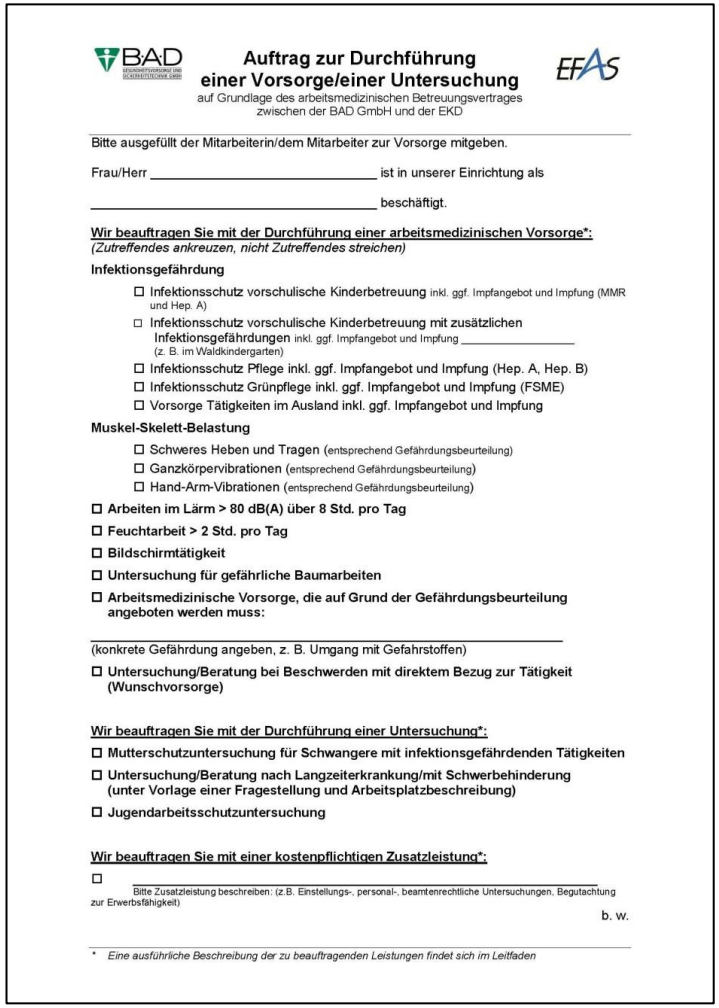
Arbeitsmedizinischer Vorsorgeanlass	Bemerkungen	Angebotsvorsorge	Pflichtvorsorge
Bildschirmtätigkeit	Belastungen der Augen, insbesondere bei Fehlsichtigkeit	▼	
		Untersuchung der Sehfähigkeit	

Arbeitsmedizinischer Vorsorgeanlass	Bemerkungen	Angebotsvorsorge	Pflichtvorsorge
Tätigkeiten mit Muskel- und Skelettbelastung	Regelmäßiges schweres Heben und Tragen	▼	
	Fehlbelastung durch ungünstige/s Körperhaltung, Heben, Tragen, Schieben schwerer Lasten	**Heben und Tragen** **♀ Frauen** 5–10 kg > 100 mal pro Tag 10–15 kg > 50 mal pro Tag **♂ Männer** 10–15 kg > 100 mal pro Tag 15–20 kg > 50 mal pro Tag	
		> 5 Sek. Dauer: Anzahl halbieren	
		Schieben über kurze Distanzen > 40 mal pro Tag	
Feuchtarbeit	Hautbelastung	▼	▼
	Aufweichen der Haut beim Tragen flüssigkeitsdichter Handschuhe, Arbeiten im Wasser	> 2 Stunden pro Tag	> 4 Stunden pro Tag

ARBEITSMEDIZINISCHE VORSORGE

Vorsorge

Auftragsformular



Auftrag zur Durchführung einer Vorsorge/einer Untersuchung

auf Grundlage des arbeitsmedizinischen Betreuungsvertrages zwischen der BAD GmbH und der EKD

Bitte ausgefüllt der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter zur Vorsorge mitgeben.

Frau/Herr _____ ist in unserer Einrichtung als

_____ beschäftigt.

Wir beauftragen Sie mit der Durchführung einer arbeitsmedizinischen Vorsorge*:
(Zutreffendes ankreuzen, nicht Zutreffendes streichen)

Infektionsgefährdung

- ☐ Infektionsschutz vorschulische Kinderbetreuung inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (MMR und Hep. A)
- ☐ Infektionsschutz vorschulische Kinderbetreuung mit zusätzlichen Infektionsgefährdungen inkl. ggf. Impfangebot und Impfung _____ (z. B. im Waldkindergarten)
- ☐ Infektionsschutz Pflege inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (Hep. A, Hep. B)
- ☐ Infektionsschutz Grünpflege inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (FSME)
- ☐ Vorsorge Tätigkeiten im Ausland inkl. ggf. Impfangebot und Impfung

Muskel-Skelett-Belastung

- ☐ Schweres Heben und Tragen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)
- ☐ Ganzkörpervibrationen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)
- ☐ Hand-Arm-Vibrationen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)

☐ **Arbeiten im Lärm > 80 dB(A) über 8 Std. pro Tag**

☐ **Feuchtarbeit > 2 Std. pro Tag**

☐ **Bildschirmtätigkeit**

☐ **Untersuchung für gefährliche Baumarbeiten**

☐ **Arbeitsmedizinische Vorsorge, die auf Grund der Gefährdungsbeurteilung angeboten werden muss:**

_____
(konkrete Gefährdung angeben, z. B. Umgang mit Gefahrstoffen)

☐ **Untersuchung/Beratung bei Beschwerden mit direktem Bezug zur Tätigkeit (Wunschvorsorge)**

Wir beauftragen Sie mit der Durchführung einer Untersuchung*:

☐ **Mutterschutzuntersuchung für Schwangere mit infektionsgefährdenden Tätigkeiten**

☐ **Untersuchung/Beratung nach Langzeiterkrankung/mit Schwerbehinderung (unter Vorlage einer Fragestellung und Arbeitsplatzbeschreibung)**

☐ **Jugendarbeitsschutzuntersuchung**

Wir beauftragen Sie mit einer kostenpflichtigen Zusatzleistung*:

☐ _____
Bitte Zusatzleistung beschreiben: (z.B. Einstellungs-, personal-, beamtenrechtliche Untersuchungen, Begutachtung zur Erwerbsfähigkeit)

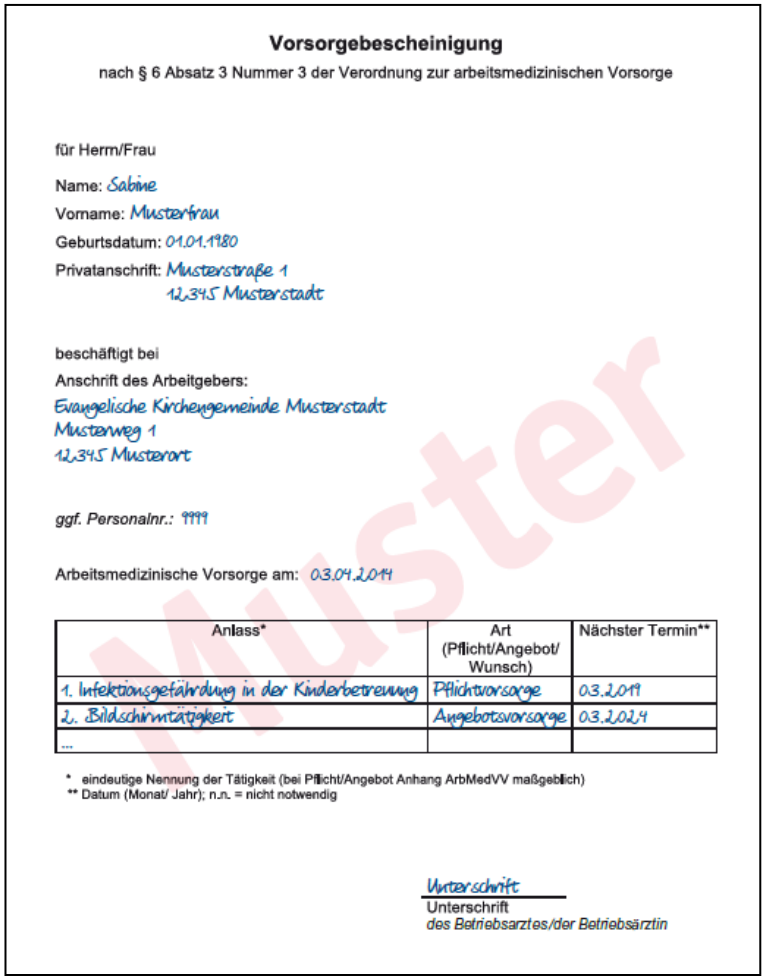
b. w.

* *Eine ausführliche Beschreibung der zu beauftragenden Leistungen findet sich im Leitfaden*

VORSORGE

Vorsorge

Vorsorgekartei



Vorsorgebescheinigung

nach § 6 Absatz 3 Nummer 3 der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge

für Herrn/Frau

Name: Sabine
Vorname: Musterfrau
Geburtsdatum: 01.01.1980
Privatanschrift: Musterstraße 1
12345 Musterstadt

beschäftigt bei
Anschrift des Arbeitgebers:
Evangelische Kirchengemeinde Musterstadt
Musterweg 1
12345 Musterort

ggf. Personalnr.: 9999

Arbeitsmedizinische Vorsorge am: 03.04.2014

Anlass*	Art (Pflicht/Angebot/ Wunsch)	Nächster Termin**
1. Infektionsgefährdung in der Kinderbetreuung	Pflichtvorsorge	03.2019
2. Bildschirmtätigkeit	Angebotsvorsorge	03.2024
...		

* eindeutige Nennung der Tätigkeit (bei Pflicht/Angebot Anhang ArbMedVV maßgeblich)
** Datum (Monat/ Jahr); n.n. = nicht notwendig

Unterschrift
Unterschrift
des Betriebsarztes/der Betriebsärztin

Muster

WAS MACHT DER BETRIEBSARZT FÜR MICH?

- Fragen?
- Ergänzungen!
- Bemerkungen?!

Dr. Dorrit Falcke
E-Mail: falcke@efas-online.de
Telefon: (0511) 27 96-637