
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 _____ (z. B. im Waldkindergarten) inkl. ggf. Impfangebot und Impfung
- Infektionsschutz Pflege inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (Hep. A, Hep. B)
- Infektionsschutz Grünpflege inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (FSME)
- Infektionsschutz Lehrerinnen und Pastorinnen inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (Röteln und Windpocken)
- 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 Beurteilungspegel > 80 dB(A) gemittelt 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**

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

Wir beauftragen Sie mit einer kostenpflichtigen Zusatzleistung*:

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

Auftraggeber: _____

Name der Einrichtung: _____

Adresse: _____

z. Hd. Frau/Herr: _____

Tel. bei Rückfragen: _____

Unsere Einrichtung gehört zu folgender Gliedkirche

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers, Stempel