

Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung für arbeitsmedizinische Leistungen

Auftraggeber:	Ansprechpartner (Tel.- Nummer und E-Mail- Adresse):
Adresse:	Stempel:

Hiermit beauftrage ich das Institut für Betriebs- und Verkehrsmedizin Dr. Gabriele Brütting mit der Durchführung der nachfolgend angegebenen arbeitsmedizinischen Untersuchung(en) für die unten genannte Person. Eine Aufstellung der arbeitsmedizinischen Untersuchungen bzw. Leistungen und die Preisliste kann auf der Homepage der Praxis <https://ibv-bruetting.de> eingesehen werden. Mit dem in der Preisliste aufgeführten Honorar bin ich einverstanden.

Zu untersuchende Person:

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	Telefonnummer:	

Wir bitten auch um die Angabe, ob es sich um eine Eignungsuntersuchung handelt oder um eine Untersuchung nach arbeitsmedizinischer Vorsorge (ArbmedVV). Sollte hier keine Angabe erfolgen, richten wir uns nach den Vorgaben der arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung (ArbmedVV).

Gewünschte Untersuchung / Anlass	Eignungsuntersuchung	Vorsorge
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> Angebot <input type="checkbox"/> Wunsch
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> Angebot <input type="checkbox"/> Wunsch
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> Angebot <input type="checkbox"/> Wunsch
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> Angebot <input type="checkbox"/> Wunsch

 Datum, Unterschrift