

FÜR DEN ARZT

Ärztliche Bescheinigung Eignungsuntersuchung

Familienname		Straße/Haus-Nr.	
Vorname		Postleitzahl/Ort	
Geburtsdatum	_____		
Name des Unternehmers	_____		
Straße	_____		
Postleitzahl/Ort	_____		
Personal-Nr. des Versicherten (ggf.)	_____		

ANLASS

Tätigkeit/Exposition	Nächster Termin (Monat / Jahr, n. n. = nicht notwendig)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

ANGABEN ZUR UNTERSUCHUNG

Anlass 1	Anlass 2	Anlass 3	Anlass 4
Die Untersuchung ergab: keine gesundheitlichen Bedenken <input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen <input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken befristet bis _____ dauernde gesundheitliche Bedenken <input type="checkbox"/>	Die Untersuchung ergab: keine gesundheitlichen Bedenken <input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen <input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken befristet bis _____ dauernde gesundheitliche Bedenken <input type="checkbox"/>	Die Untersuchung ergab: keine gesundheitlichen Bedenken <input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen <input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken befristet bis _____ dauernde gesundheitliche Bedenken <input type="checkbox"/>	Die Untersuchung ergab: keine gesundheitlichen Bedenken <input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen <input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken befristet bis _____ dauernde gesundheitliche Bedenken <input type="checkbox"/>
Bemerkungen ¹⁾	Bemerkungen ¹⁾	Bemerkungen ¹⁾	Bemerkungen ¹⁾
Datum der Eignungsuntersuchung		Unterschrift (Stempel) des Arztes / der Ärztin (ggf. „im Auftrag“ als Zusatz)	

¹⁾ Bitte hier Empfehlungen bei Bedenken, Auflagen, Bedingungen, Gründe für vorzeitige Nachuntersuchung bzw. für befristete Bedenken eintragen.