

FÜR DEN UNTERNEHMER

Ärztliche Vorsorgebescheinigung nach § 6 Absatz 3 ArbMedVV

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

ANGABEN ZUR VORSORGE

Anlass (bei Pflicht-/Angebotsvorsorge: Tätigkeit/Exposition gem. Anhang ArbMedVV)	Art			Nächster Termin (Monat / Jahr, n. n. = nicht notwendig)
	Pflichtvorsorge	Angebotsvorsorge	Wunschvorsorge	
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Datum der Vorsorge

Unterschrift (Stempel) des Arztes / der Ärztin (ggf. „im Auftrag“ als Zusatz)

FÜR DEN VERSICHERTEN

Ärztliche Vorsorgebescheinigung nach § 6 Absatz 3 ArbMedVV

Familienname		Straße/Haus-Nr.																					
Vorname		Postleitzahl/Ort																					
Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																						
Name des Unternehmers																							
Straße																							
Postleitzahl/Ort	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																						
Personal-Nr. des Versicherten (ggf.)	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																						

ANGABEN ZUR VORSORGE

Anlass (bei Pflicht-/Angebotsvorsorge: Tätigkeit/Exposition gem. Anhang ArbMedVV)	Art			Nächster Termin (Monat / Jahr, n. n. = nicht notwendig)
	Pflichtvorsorge	Angebotsvorsorge	Wunschvorsorge	
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Datum der Vorsorge _____				
Unterschrift (Stempel) des Arztes / der Ärztin (ggf. „im Auftrag“ als Zusatz)				

ANGABEN ZUR UNTERSUCHUNG (FÜR DEN VERSICHERTEN)

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 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> dauernde gesundheitliche Bedenken <input type="checkbox"/>
Bemerkungen ¹⁾	Bemerkungen ¹⁾	Bemerkungen ¹⁾	Bemerkungen ¹⁾

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

FÜR DEN ARZT

Ärztliche Vorsorgebescheinigung nach § 6 Absatz 3 ArbMedVV

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

ANGABEN ZUR VORSORGE

Anlass (bei Pflicht-/Angebotsvorsorge: Tätigkeit/Exposition gem. Anhang ArbMedVV)	Art			Nächster Termin (Monat / Jahr, n. n. = nicht notwendig)
	Pflichtvorsorge	Angebotsvorsorge	Wunschvorsorge	
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Datum der Vorsorge _____				
Unterschrift (Stempel) des Arztes / der Ärztin (ggf. „im Auftrag“ als Zusatz)				

ANGABEN ZUR UNTERSUCHUNG (FÜR DEN ARZT)

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 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> dauernde gesundheitliche Bedenken <input type="checkbox"/>
Bemerkungen ¹⁾	Bemerkungen ¹⁾	Bemerkungen ¹⁾	Bemerkungen ¹⁾

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