

FÜR DEN VERSICHERTEN

Ärztliche Vorsorgebescheinigung nach § 6 Absatz 3 ArbMedVV

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Familiennamen | | Straße/Haus-Nr. | | | | | | | | | | | |
| Vorname | | Postleitzahl/Ort | | | | | | | | | | | |
| Geburtsdatum | <table border="1"> <tr><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></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></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⁾ |

Bestell-Nr. A 2.V (09/14) Kepnerdruck Druckerei + Verlag GmbH, Postfach 10 02 62, 75021 Eppingen Nachdruck verboten!

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