

## F. Beurteilung

### Anlass Beurteilung

Tätigkeit/Exposition	Keine gesundheitlichen Bedenken	Keine gesundheitlichen Bedenken unter best. Voraussetzungen	Dauernde gesundheitliche Bedenken	Befristete gesundheitliche Bedenken bis zum			

### Nächste Vorstellung:

Anlass \_\_\_\_\_

Anlass \_\_\_\_\_

Anlass \_\_\_\_\_

## G. Besondere Beratung

hinsichtlich Risikofaktoren, Erkrankungen, Unfallgefährdungen

	erforderlich	nicht erforderlich	Kommentar des Untersuchers
Risikofaktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muskel-Skelett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verdauungsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stoffwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neoplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sehvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervensystem / Psyche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## H. Berufliche Leistungsfähigkeit

Einschränkung nicht zu erwarten     Einschränkung der allgemeinen Einsatzfähigkeit zu erwarten     Fortsetzung der derzeitigen Tätigkeit gefährdet

## I. Maßnahmen

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Technische Maßnahmen            | 6. <input type="checkbox"/> weitere ärztliche Abklärung/Behandlung          | 11. <input type="checkbox"/> Rehabilitationsmaßnahmen                         |
| 2. <input type="checkbox"/> Organisatorische Maßnahmen      | 7. <input type="checkbox"/> arbeitsplatzbezogene Beratung des Arbeitnehmers | 12. <input type="checkbox"/> Umschulung <input type="text" value=""/>         |
| 3. <input type="checkbox"/> Körperschutzmaßnahmen           | 8. <input type="checkbox"/> Beratung des Arbeitgebers                       | 13. <input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen <input type="text" value=""/> |
| 4. <input type="checkbox"/> Stufenweise Wiedereingliederung | 9. <input type="checkbox"/> BK-Anzeige                                      | <input type="text" value=""/>   |
| 5. <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzwechsel             | 10. <input type="checkbox"/> Maßnahmen nach § 3 BKV                         | <input type="text" value=""/>   |

**Folgende Maßnahmen** (bitte Ziffern eintragen)

**empfohlen am**

**Abschlußdatum**

Unterschrift/Stempel des Arztes / der Ärztin