
Bitte ausgefüllt der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter zur Vorsorge mitgeben.

Frau/Herr _____ ist in unserer Einrichtung als
_____ beschäftigt.

Wir beauftragen Sie mit der Durchführung einer arbeitsmedizinischen Vorsorge*:
(Zutreffendes ankreuzen, nicht Zutreffendes streichen)

Infektionsgefährdung

- Infektionsschutz vorschulische Kinderbetreuung inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (MMR und Hep. A)
- Infektionsschutz vorschulische Kinderbetreuung mit zusätzlichen Infektionsgefährdungen inkl. ggf. Impfangebot und Impfung _____ (z. B. im Waldkindergarten)
- Infektionsschutz Pflege inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (Hep. A, Hep. B)
- Infektionsschutz Grünpflege inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (FSME)
- Vorsorge Tätigkeiten im Ausland inkl. ggf. Impfangebot und Impfung

Muskel-Skelett-Belastung

- Schweres Heben und Tragen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)
- Ganzkörpervibrationen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)
- Hand-Arm-Vibrationen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)
- Arbeiten im Lärm > 80 dB(A) gemittelt über 8 Std. pro Tag
- Feuchtarbeit > 2 Std. pro Tag
- Bildschirmaktivität
- Untersuchung für gefährliche Baumarbeiten
- Arbeitsmedizinische Vorsorge, die auf Grund der Gefährdungsbeurteilung angeboten werden muss:

(konkrete Gefährdung angeben, z. B. Umgang mit Gefahrstoffen)

- Untersuchung/Beratung bei Beschwerden mit direktem Bezug zur Tätigkeit (Wunschvorsorge)

Wir beauftragen Sie mit der Durchführung einer Untersuchung*:

- Mutterschutzuntersuchung für Schwangere mit infektionsgefährdenden Tätigkeiten
- Untersuchung/Beratung nach Langzeiterkrankung/mit Schwerbehinderung (unter Vorlage einer Fragestellung und Arbeitsplatzbeschreibung)
- Jugendarbeitsschutzuntersuchung

Wir beauftragen Sie mit einer kostenpflichtigen Zusatzleistung*:

- _____
Bitte Zusatzleistung beschreiben: (z.B. Einstellungs-, personal-, beamtenrechtliche Untersuchungen, Begutachtung zur Erwerbsfähigkeit)
b. w.

* Eine ausführliche Beschreibung der zu beauftragenden Leistungen findet sich im Leitfaden

**Auftrag zur Durchführung
einer Vorsorge/einer Untersuchung**
auf Grundlage des arbeitsmedizinischen Betreuungsvertrages
zwischen der BAD GmbH und der EKD

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers, Stempel

Auftraggeber:

Name der Einrichtung:

Adresse:

z. Hd. Frau/Herr:

Tel. bei Rückfragen: