

Anmeldebogen für Angebots-/Pflichtvorsorge nach ArbMedVV

An die
Betriebsärztliche Dienststelle

Klinik/Institut: _____

Tätigkeit ab _____ von: _____ bis: _____

Anlass der Vorsorge:

☐ Tätigkeiten mit Gefahrstoffen

Welche: _____

☐ Feuchtarbeit (Tragen von Handschuhen > 4 Stunden)

☐ Feuchtarbeit (Tragen von Handschuhen 2-4 Stunden)

☐ Bildschirmtätigkeit

☐ nicht gezielte Tätigkeiten in Forschungseinrichtungen oder Laboratorien mit Kontaktmöglichkeit
zu infizierten Proben oder Verdachtsproben

☐ nicht gezielte Tätigkeiten in Einrichtungen zur medizinischen Untersuchung, Behandlung und Pflege
von Menschen

Mitarbeiter/in

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Ruf dienstlich: _____ Email: _____

Vorgesetzter

Name: _____

Telefon: _____ Email: _____

Kostenstelle: _____

Datum, Unterschrift des Vorgesetzten

Stempel