

Firma:



**Auftrag zur arbeitsmedizinischen Vorsorge durch den Arbeitgeber (ArbMedVV)
Auftrag zur arbeitsmedizinischen Eignungsuntersuchung durch den Arbeitgeber**

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Personal-Nr.:

Bereich:

Tätigkeit:

Nach dem Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung soll/muss bei Ihnen folgende Vorsorge durchgeführt werden. Wir bitten Sie darum, die unten aufgeführte arbeitsmedizinische Vorsorge durchführen zu lassen! Die Hinweise auf der Rückseite wurden dabei beachtet.

Art der Vorsorge

DGUV-Nr.
(bitte ankreuzen)

Bezeichnung nach ArbMedVV:

Pflichtvorsorge

Angebots-
vorsorge

Eignungs-
untersuchung

Nachgehende
Vorsorge

Ich lehne folgende
Angebotsvorsorge
bzw. nachgehende
Vorsorge ab:

DGUV-Nr. (bitte ankreuzen)	Bezeichnung nach ArbMedVV:	Pflichtvorsorge	Angebots- vorsorge	Eignungs- untersuchung	Nachgehende Vorsorge	Ich lehne folgende Angebotsvorsorge bzw. nachgehende Vorsorge ab:
	Neueinstellung/Erstunterstellung					
V 20	Tätigkeiten mit Lärmexposition					
V 24	Feuchtarbeit					
V 25.1	Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten Anforderungsstufe 1					
V 26.1	Tätigkeiten, die das Tragen von Atemschutzgeräten der Gruppen 1 anfordern					
V 26.2	Tätigkeiten, die das Tragen von Atemschutzgeräten der Gruppen 2 anfordern					
V 26.3	Tätigkeiten, die das Tragen von Atemschutzgeräten der Gruppen 3 anfordern					
V 37	Tätigkeiten an Bildschirmgeräten					
V 39	Schweißbrauche					
V 40	Sonstige krebserzeugende Stoffe					
E 41	Arbeiten mit Absturzgefahr					
V 42	Tätigkeiten mit Infektionsgefahr					
V 46	Belastung Muskel-Skelettsystem					
V 47	UV-Belastung					
E 25.1	Fahr-Steuer-Überwachung					
Atemschutz- geräte	Eignungsbeurteilung (z.B. FFW) Gruppe 1,2,3					
FEV6 LKW						
FEV6 Personen- beförderung						

Bemerkungen:

Bitte vereinbaren Sie für diese arbeitsmedizinische Vorsorge/Eignung umgehend einen Termin. Lesen Sie dieses Formular mit den Hinweisen auf der Rückseite bitte sorgfältig durch, füllen den gelb markierten Teil aus und bringen ihn mit Ihrer Unterschrift versehen zum Vorsorgetermin mit. Er wird dann in Ihrer persönlichen Gesundheitsakte verwahrt werden.

AnfordererIn des beauftragenden Arbeitgebers:

Datum:

Unterschrift:

MitarbeiterIn

Die Angaben auf der Rückseite habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass oben angekreuzte Vorsorge durchgeführt werden soll. Ich bin einverstanden, dass die Vorsorgebescheinigung / Eignungsbescheinigung an den Arbeitgeber weitergegeben werden darf. Gegebenenfalls werde ich den Arbeitgeber über das Ergebnis der Vorsorge selbst informieren.

Datum:

Unterschrift:

DR. MED. THOMAS MORSCH
Facharzt für Allgemeinmedizin
Zusatzbez. Betriebsmedizin
LANR 075036101 • BSNR 96/8744700

ANSCHRIFT
Bahnhofstraße 5
Gebäude 1 • Erdgeschoss
04668 Grimma

Webseite: www.krausemorsch.de
E-Mail: arbeitsmedizin@drthomasmorsch.de
Telefon: +49 3437/ 97 1000
Fax: +49 3437/ 97 1010

Informationen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge

Sollten Sie eine Brille oder sonstige Sehhilfe tragen, bringen Sie bitte bei Vorsorge zum Tragen von Atemschutz, Bildschirmarbeiten, Fahr-, Steuer-, Überwachungstätigkeiten, Tätigkeiten mit Absturzgefährdung Ihre üblicherweise bei der Arbeit getragene Brille/Sehhilfe zu dem Vorsorgetermin mit. Bei Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung bringen Sie bitte Ihren Impfpass mit.

Wichtige Hinweise:

Nach dem Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung für Ihren Arbeitsplatz ist Ihr Arbeitgeber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) gesetzlich verpflichtet, eine arbeitsmedizinische Vorsorge nach dem Anhang zu dieser Verordnung zu veranlassen bzw. Ihnen anzubieten (§§ 4 und 5 i. V. m. dem Anhang der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV)).

Information zur Pflichtvorsorge (§4 ArbMedVV):

Bitte beachten Sie, dass Sie bereits bei Überschreitung des Termins einer Pflichtvorsorge gegebenenfalls für Ihre jetzigen Tätigkeiten nicht mehr eingesetzt werden dürfen. Sie und der Arbeitgeber erhalten vom Arzt eine Vorsorgebescheinigung darüber, dass und wann die Vorsorge erfolgt ist und wann aus ärztlicher Sicht eine erneute Vorsorge erfolgen soll. Gesondert erhalten Sie für sich persönlich eine ärztliche Bescheinigung über das Vorsorgeergebnis (Eignung) mit der ärztlichen Beurteilung. Der Arzt/die Ärztin ist an die ärztliche Schweigepflicht gebunden.

Information zur Angebotsvorsorge gemäß AMR 1 zu §5 ArbMedVV:

Ausdrücklich wird Ihnen zugesichert, dass für Sie weder durch die Annahme noch durch die Ablehnung des Vorsorgeangebots Nachteile entstehen. Die Kosten der Vorsorge hat der Arbeitgeber zu tragen und erfolgt in der Regel innerhalb Ihrer Arbeitszeit. Sie und der Arbeitgeber erhalten vom Arzt eine Vorsorgebescheinigung darüber, dass und wann die Vorsorge erfolgt ist und wann aus ärztlicher Sicht eine erneute Vorsorge erfolgen soll. Gesondert erhalten Sie für sich persönlich eine ärztliche Bescheinigung über das Vorsorgeergebnis mit der ärztlichen Beurteilung. Der Arzt/die Ärztin ist an die ärztliche Schweigepflicht gebunden.

Arbeitsplatzspezifische und tätigkeitsbezogene Informationen nach AMR 3.1 zu ArbMedVV:

Gefährdungen durch Arbeitsumgebungsbedingungen, physischen Belastungen, verwendete Maschinen und Werkzeuge, durch elektromagnetische Felder und Strahlung, durch Arbeitsstoffe, durch psychische Belastungen sind in der Gefährdungsbeurteilung beschrieben. Die Gefährdungsbeurteilungen sowie Betriebsanweisungen, die sich hieraus ergeben, sind Ihnen im Unternehmen zugänglich. Die Liste der verwendeten Gefahrstoffe, die dazugehörigen Sicherheitsdatenblätter und Betriebsanweisungen nach Gefahrstoffverordnung, das Lärmkataster und Übersichten über weitere relevanten Gefährdungsfaktoren sind Ihnen in Ihrem Unternehmen zugänglich. Das Unternehmen überwacht die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften, das Einhalten der Grenzwerte usw. und informiert ggf. Mitarbeitervertretung und Betriebsärzte bei Nichteinhaltung. Technische, organisatorische, persönliche Arbeitsschutzmaßnahmen, die sich aus den Gefährdungsbeurteilungen ergeben, sind in den Betriebsanweisungen, Arbeitsanweisungen hinterlegt. Arbeitsplatzbegehungsprotokolle; Unterweisungen usw. werden dem untersuchenden Arzt zur Verfügung gestellt.

Hinweise zum Biomonitoring nach AMR 6.2:

Biomonitoring dient dem Ziel, die innere Belastung durch Gefahrstoffe bzw. die daraus resultierende Beanspruchung exponierter Beschäftigter zu messen und hinsichtlich der gesundheitlichen Relevanz zu bewerten. Die Erkenntnisse aus dem Biomonitoring können geeignet sein, Hinweise für die Gefährdungsbeurteilung und die Überwachung von Arbeitsplätzen zu liefern. Als Ausübung der Heilkunde unterliegt ihr persönlicher Befund über das Biomonitoring der ärztlichen Schweigepflicht. Die Ergebnisse des Biomonitorings können in anonymisierter Form ausgewertet werden.

(1) Biomonitoring ist anzubieten:

Arbeitsmedizinische Vorsorge nach Anhang 1 ArbMedVV bei Vorliegen anerkannter Analyseverfahren und Werten zur Beurteilung

(2) Biomonitoring ist angezeigt bei Tätigkeiten:

- a) bei denen unmittelbarer Hautkontakt mit Gefahrstoffen besteht, die in relevanter Menge über die Haut aufgenommen werden können (Bemerkung „H“ TRGS 900),
- b) bei denen der orale Aufnahmeweg von Gefahrstoffen von Bedeutung sein kann
- c) bei denen eine Exposition gegenüber Gefahrstoffen mit langen biologischen Halbwertszeiten vorliegt (Kennzeichnung im Sicherheitsdatenblatt),
- d) mit Exposition gegenüber krebserzeugenden, erbgutverändernden oder fruchtschädigenden Stoffen) bei denen die Gefahrstoffe luftmesstechnisch schwer erfassbar sind (z.B. Reparaturarbeiten, Stördienste, ...).
- f) bei denen die Gefahrstoffbelastung durch körperliche Arbeit mit erhöhtem Atem-Minuten-Volumen modifiziert sein kann,
- g) unter (Arbeits)Bedingungen, die die Hautresorption fördern (beispielsweise Temperatur, Stoffgemische, Hautkrankheiten),
- h) mit alternativen Arbeitszeitmodellen (mehr als 8 Stunden pro Tag, mehr als 5 Tage pro Woche).

(3) Biomonitoring ist auch sinnvoll:

Nach unfallartigen Expositionen, insbesondere, wenn keine Ergebnisse aus Luftmessungen vorliegen.

Sollten sich aufgrund Ihres spezifischen Arbeitsplatzes bzw. Ihrer Tätigkeit weitere besondere Gefährdungen oder andere für den Gesundheitsschutz wesentliche Gesichtspunkte ergeben, informieren Sie und Ihr Vorgesetzter hierüber die/den Betriebsärztin.

Die Vorsorgebescheinigung erhält das Unternehmen, eine Kopie erhalten Sie und eine Kopie wird in Ihrer Gesundheitsakte verwahrt.