

Praxis für AllgemeinMedizin

Dr. Tanja Goldbrunner & Dr. Meike Tissen

Kostenübernahme für betriebsärztliche Tätigkeiten

Hiermit bestätigen wir die Kostenübernahme für unsere/n Mitarbeiter/in

| | |
|----------------|--|
| Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Tätigkeit: | |

für folgende Vorsorgen bzw. Eignungsuntersuchungen (bitte ankreuzen)

| | | |
|--------------------------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> | Tätigkeiten mit Lärmexposition | (G 20.1) |
| <input type="checkbox"/> | Tätigkeiten mit Feuchtarbeit | (G 24) |
| <input type="checkbox"/> | Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten | (G 25) |
| <input type="checkbox"/> | Tätigkeiten mit Atemschutzgeräten Gruppe 3 | (G 26.3) |
| <input type="checkbox"/> | Tätigkeiten im Ausland (besondere klimatische bzw. gesundheitliche Belastungen) | (G 35) |
| <input type="checkbox"/> | Tätigkeiten an Bildschirmgeräten | (G 37) |
| <input type="checkbox"/> | Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen | (G 42) |
| <input type="checkbox"/> | (andere) | |
| <input type="checkbox"/> | (andere) | |
| <input type="checkbox"/> | (andere) | |

Die Leistungsbeschreibungen haben wir der Preisliste (www.goldbrunner-tissen.com) entnommen, mit dem dort aufgeführten Honorar sind wir einverstanden .

Rechnungsadresse:

| | |
|----------------|------------------|
| Firmenstempel: | Firma: |
| | Ansprechpartner: |
| | Anschrift: |
| | Adresszusatz: |
| | PLZ / Ort: |

Datum

Ort

Unterschrift des autorisierten Ansprechpartners