Firmenname

Firmenanschrift

Name, Kontaktdaten des Absenders

Datum

Anrede

Vorname Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Sehr geehrte Frau/Sehr geehrter Herr Nachname,

nach dem Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung für Ihren Arbeitsplatz bin ich nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge gesetzlich verpflichtet, Ihnen eine arbeitsmedizinische Angebotsvorsorge nach dem Anhang dieser Verordnung anzubieten.

| **§ 5 ArbMedVV Absatz 1, Anhang** |
| --- |
| Teil 1 (2), Tätigkeiten mit Gefahrstoffen[ ]  Tätigkeiten mit Gefahrstoffen, wenn eine Exposition nicht ausgeschlossen werden kann und der Arbeitgeber keine Pflichtvorsorge zu veranlassen hat Gefahrstoffe auflisten Sonstige Tätigkeiten wie[ ]  Feuchtarbeit regelmäßig 2 bis 4 Stunden je Tag Tätigkeit, Umfang und Dauer beschreiben [ ]  Tätigkeiten mit anderen atemwegs- oder hautsensibilisierenden Stoffen (ohne Pflichtvorsorge) Stoffe auflisten[ ]  Sonstige Tätigkeiten mit Gefahrstoffen (Siehe Anhang Teil (2))  Gefahrstoffe auflisten [ ]  Nach Tätigkeiten mit Gefahrstoffen mit Pflichtvorsorge Gefahrstoffe auflisten [ ]  Nachgehende Vorsorge z.B. krebserzeugende oder erbgutverändernde Gefahrstoffe § 5 (3) Gefahrstoffe auflisten  |
| Teil 2 (2), Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen:[ ]  Gezielte und nicht gezielte Tätigkeiten mit Biostoffen der Risikogruppe 2 oder 3 ohne Pflichtvorsorge (zum Beispiel HIV, Zytomegalie)Biostoffe auflisten gemäß TRBA 462, RL 2000/54/EG [ ]  Tätigkeiten mit sensibilisierenden oder toxisch wirksamen Stoffen, die nicht unter Gefahrstoffe fallen. Tätigkeiten und Biostoffe auflisten [ ]  Wenn nach einer Exposition mit einer schweren Infektionskrankheit gerechnet werden muss und eine Prophylaxe möglich ist oder eine Infektion erfolgt ist  Biostoffe auflisten [ ]  Nach Tätigkeiten mit Pflichtvorsorge Tätigkeiten und Biostoffe auflisten [ ]  Sonstige Tätigkeiten Tätigkeiten und Biostoffe auflisten  |
| Teil 3 (2), Tätigkeiten mit physikalischen Einwirkungen:[ ]  Sonstige physikalische Einwirkungen Sonstige Einwirkungen auflisten, z.B. Lärm, Vibration, inkohärente optische Strahlung [ ]  Tätigkeiten mit erhöhter körperlicher Belastung, die mit Gesundheitsgefährdungen für das Muskel-Skelett-System verbunden sind Expositionen auflisten, z.B. Heben, Halten, Rumpfbeugen [ ]  Tätigkeiten im Freien mit intensiver Belastung durch natürliche UV-Strahlung von regelmäßig einer Stunde oder mehr je Tag. Dauer der Tätigkeiten im Schatten und in der Sonne beschreiben  |
| Teil 4 (2), Sonstige Tätigkeiten[ ]  Tätigkeiten an Bildschirmgeräten Tätigkeit und Dauer beschreiben [ ]  Tragen von Atemschutzgeräten der Gruppe 1 Tätigkeit und Dauer beschreiben [ ]  am Ende von Tätigkeiten mit Pflichtvorsorge (Atemschutzgeräte Gruppe 2 oder 3, nach Auslandsaufenthalten mit besonderen klimatischen Belastungen und Infektionsgefährdungen) Tätigkeit, ggf. Land und Dauer beschreiben  |

Ich sichere Ihnen ausdrücklich zu, dass für Sie weder durch die Annahme noch durch die Ablehnung der Angebotsvorsorge Nachteile entstehen. Die Vorsorge und notwendige Impfungen sind für Sie kostenfrei und erfolgen innerhalb Ihrer Arbeitszeit. Sie erhalten vom Arzt eine Vorsorgebescheinigung.

Ich weise darauf hin, dass nach den gesetzlichen Regelungen eine Information des Arbeitgebers über das Ergebnis der Vorsorge nicht erfolgt. Der Arzt ist an die ärztliche Schweigepflicht gebunden.

Bitte vereinbaren Sie einen Termin mit:

Titel, Vorname Nachname, Kontaktdaten

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers