
Für Diakoniestationen/stationäre Altenpflege

Bitte ausgefüllt der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter zur Untersuchung mitgeben.

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

Wir beauftragen Sie mit der Durchführung einer **Vertragsleistung***:
(Zutreffendes ankreuzen)

- Arbeiten mit Infektionsgefahr, hier „Biostoffe Pflege“ incl. Hepatitis B und C
Antikörper und Impfleistung nach Gefährdungsbeurteilung
- Feuchtarbeit (z. B. Reinigungsarbeiten)
- Sehfähigkeit zur Bildschirmarbeit
- Untersuchung bei Beschwerden mit direktem Bezug zur Tätigkeit
- Untersuchung/Beratung nach Langzeiterkrankung/mit Schwerbehinderung (unter
Vorlage einer Fragestellung und Arbeitsplatzbeschreibung)
- Jugendarbeitsschutzuntersuchung
- Untersuchung auf Fahreignung aus besonderem Anlass:

(z. B. nach Unfällen, nach Krankheit)

- Arbeitsmedizinische Vorsorge, die auf Grund der Gefährdungsbeurteilung
angeboten werden muss

(z. B. Gefahrstoff, konkrete Gefährdung angeben)

Wir beauftragen Sie mit einer **kostenpflichtigen Zusatzleistung***:

(bitte benennen)

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers, Stempel

.....
Auftraggeber:

Name der Einrichtung: _____

Adresse: _____

z. Hd. Frau/Herr: _____ Tel. bei Rückfragen: _____

* Den Betreuungsumfang für Diakoniestationen/stat. Altenpflege finden Sie im Betreuungskatalog ab Seite 12
unter <http://www.ekd.de/efas/447.html>