

---

Bitte ausgefüllt der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter zur Vorsorge mitgeben.

Frau/Herr \_\_\_\_\_ ist in unserer Einrichtung als \_\_\_\_\_  
beschäftigt.

**Wir beauftragen Sie mit der Durchführung einer arbeitsmedizinischen Vorsorge\*:**

*(Zutreffendes ankreuzen, nicht Zutreffendes streichen)*

**Infektionsgefährdung**

- Infektionsschutz vorschulische Kinderbetreuung inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (MMR und Hep. A)
- Infektionsschutz vorschulische Kinderbetreuung mit zusätzlichen Infektionsgefährdungen \_\_\_\_\_ (z. B. im Waldkindergarten) inkl. ggf. Impfangebot und Impfung
- Infektionsschutz Pflege inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (Hep. A, Hep. B)
- Infektionsschutz Grünpflege inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (FSME)
- Infektionsschutz Lehrerinnen und Pastorinnen inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (Röteln und Windpocken)
- Vorsorge Tätigkeiten im Ausland inkl. ggf. Impfangebot und Impfung

**Muskel-Skelett-Belastung**

- Schweres Heben und Tragen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)
- Ganzkörpervibrationen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)
- Hand-Arm-Vibrationen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)
- Arbeiten im Lärm Beurteilungspegel > 80 dB(A) gemittelt über 8 Std. pro Tag

**Feuchtarbeit > 2 Std. pro Tag**

**Bildschirmtätigkeit**

**Untersuchung für gefährliche Baumarbeiten**

**Arbeitsmedizinische Vorsorge, die auf Grund der Gefährdungsbeurteilung angeboten werden muss:**

---

(konkrete Gefährdung angeben, z. B. Umgang mit Gefahrstoffen)

**Untersuchung/Beratung bei Beschwerden mit direktem Bezug zur Tätigkeit (Wunschvorsorge)**

**Wir beauftragen Sie mit der Durchführung einer Untersuchung\*:**

- Mutterschutzuntersuchung für Schwangere mit infektionsgefährdenden Tätigkeiten**
- Untersuchung/Beratung nach Langzeiterkrankung/mit Schwerbehinderung (unter Vorlage einer Fragestellung und Arbeitsplatzbeschreibung)**
- Jugendarbeitsschutzuntersuchung**

---

\* Eine ausführliche Beschreibung der zu beauftragenden Leistungen findet sich im Leitfaden

---

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

---

Bitte Zusatzleistung beschreiben: (z. B. Einstellungs-, personal-, beamtenrechtliche Untersuchungen, Begutachtung zur Erwerbsfähigkeit)

Auftraggeber: \_\_\_\_\_

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

z. Hd. Frau/Herr: \_\_\_\_\_

Tel. bei Rückfragen: \_\_\_\_\_

Unsere Einrichtung gehört zu folgender Gliedkirche

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Arbeitgebers, Stempel