

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Ärztliche Bescheinigung

 Angaben zur Person
der/des Versicherten

Rentenversicherungs-Nr.:	Tag Monat Jahr <input style="width: 100%;" type="text"/>		
	Geburtsdatum <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Familienname			Vorname
Geburtsname			Staatsangeh.
Straße/Haus-Nr.			
Postleitzahl und Ort <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Name			
Straße			
Postleitzahl und Ort <input style="width: 100%;" type="text"/>			

 Anschrift des
Arbeitgebers

Vom Arbeitgeber auszufüllen

ANGABEN ZUR BESCHÄFTIGUNG

Krankenkasse			
Einstellung am	Tag Monat Jahr <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Grund der Untersuchung (Gefahrstoffe/gefährdende Tätigkeit)			
Arbeitsbereich			
Art der Tätigkeit			
Beginn/Ende dieser Tätigkeit	Tag Monat Jahr <input style="width: 100%;" type="text"/>	Tag Monat Jahr <input style="width: 100%;" type="text"/>	

ANGABEN ZUR UNTERSUCHUNG

Dieser Bogen kann wiederholt verwendet werden. Auch können die Ergebnisse der Untersuchungen nach verschiedenen Grundsätzen eingetragen werden.

Untersuchung nach Grundsatz	Untersuchung nach Grundsatz	Untersuchung nach Grundsatz	Untersuchung nach Grundsatz
G <input style="width: 100%;" type="text"/>	G <input style="width: 100%;" type="text"/>	G <input style="width: 100%;" type="text"/>	G <input style="width: 100%;" type="text"/>
Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>	Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>	Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>	Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>
Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>	Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>	Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>	Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>
Die arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchung am <input style="width: 100%;" type="text"/> <small style="text-align: center;">Tag Monat Jahr</small>	Die arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchung am <input style="width: 100%;" type="text"/> <small style="text-align: center;">Tag Monat Jahr</small>	Die arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchung am <input style="width: 100%;" type="text"/> <small style="text-align: center;">Tag Monat Jahr</small>	Die arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchung am <input style="width: 100%;" type="text"/> <small style="text-align: center;">Tag Monat Jahr</small>
ergab:	ergab:	ergab:	ergab:
keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/>	keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/>	keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/>	keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/>
keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ²⁾ <input type="checkbox"/>	keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ²⁾ <input type="checkbox"/>	keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ²⁾ <input type="checkbox"/>	keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ²⁾ <input type="checkbox"/>
gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/>	gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/>	gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/>	gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/>
befristet bis <input style="width: 100%;" type="text"/>	befristet bis <input style="width: 100%;" type="text"/>	befristet bis <input style="width: 100%;" type="text"/>	befristet bis <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nächste Untersuchung: <input style="width: 100%;" type="text"/> <small style="text-align: center;">Monat Jahr</small>	Nächste Untersuchung: <input style="width: 100%;" type="text"/> <small style="text-align: center;">Monat Jahr</small>	Nächste Untersuchung: <input style="width: 100%;" type="text"/> <small style="text-align: center;">Monat Jahr</small>	Nächste Untersuchung: <input style="width: 100%;" type="text"/> <small style="text-align: center;">Monat Jahr</small>
Bemerkungen ²⁾ :	Bemerkungen ²⁾ :	Bemerkungen ²⁾ :	Bemerkungen ²⁾ :
Stempel und Unterschrift des Arztes	Stempel und Unterschrift des Arztes	Stempel und Unterschrift des Arztes	Stempel und Unterschrift des Arztes
Datum der Bescheinigung: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Datum der Bescheinigung: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Datum der Bescheinigung: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Datum der Bescheinigung: <input style="width: 100%;" type="text"/>

Vom Arzt auszufüllen

Bestell-Nr. GUV-I 8581

Hinweis für den Versicherten: Sie sind berechtigt, eine Entscheidung Ihres Unfallversicherungsträgers (bei Untersuchungen aufgrund von Unfallverhütungsvorschriften) oder der zuständigen Behörde (bei Untersuchungen aufgrund von staatlichen Rechtsvorschriften – in der Regel Gewerbeaufsicht) herbeizuführen, wenn Sie die Bescheinigung für unzutreffend halten.

Hinweis für den Arzt:

- 1) Die Bescheinigung darf sich nur auf Befunde aus den angewandten Grundsätzen beziehen. Nebenbefunde sind hier nicht zu berücksichtigen.
- 2) Bemerkungen: Bitte hier Empfehlungen bei Bedenken, Auflagen, Bedingungen, Gründe für vorzeitige Nachuntersuchung bzw. für befristete Bedenken eintragen. Empfehlungen an den Versicherten hinsichtlich medizinischer Maßnahmen dürfen nur auf der Durchschrift für den Versicherten (Blatt 2) aufgeführt werden. Auf die Anzeigepflicht für Ärzte bei begründetem Verdacht des Bestehens einer Berufskrankheit (§ 5 Berufskrankheiten-Verordnung) wird hingewiesen. Der Unfallversicherungsträger ist auch in den Fällen zu unterrichten, bei denen die Gefahr des Entstehens, Wiederauflebens oder der Verschlimmerung einer Berufskrankheit im Sinne des § 3 Berufskrankheiten-Verordnung besteht. Dieser Unterrichtung muß der Versicherte zustimmen.