

Praxis für Arbeitsmedizin – Dr. Engelhardt  
Leipziger Str. 98, 06766 Bitterfeld-Wolfen

T. 03494 667827 0

F. 03494 667827 7

www.arbeitsmedizin-engelhardt.de

info@arbeitsmedizin-engelhardt.de



**PRAXIS FÜR  
ARBEITSMEDIZIN**

*Dr. Ilka Engelhardt*

## ANMELDUNG | TERMINBESTÄTIGUNG EINER ARBEITSMEDIZINISCHEN UNTERSUCHUNG | VORSORGE

*Bitte deutlich in Blockschrift schreiben*

### FIRMA

---

---

---

### RECHNUNGSANSCHRIFT

*falls abweichend von der Firmenadresse*

---

---

---

### ANSPRECHPARTNER IN DER FIRMA

Herr | Frau \_\_\_\_\_

Durchwahl \_\_\_\_\_

### FOLGENDE EIGNUNGSUNTERSUCHUNGEN / VORSORGEN SOLLEN DURCHGEFÜHRT WERDEN

Eignung(en) \_\_\_\_\_

Vorsorge(n) \_\_\_\_\_

### DIE GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG WIRD MITGESCHICKT

ja

nein

### MITARBEITER

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Er hat | Sie haben einen **vereinbarten** Termin am \_\_\_\_\_

Er vereinbart | Sie vereinbaren selbst einen Termin.

**Wird die Untersuchung nicht mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt, wird eine Ausfallgebühr von 50 € pro Person in Rechnung gestellt.**

**HIERMIT WIRD BESTÄTIGT, DASS DIE KOSTEN FÜR DIE O.G. EIGNUNGSUNTERSUCHUNGEN | VORSORGEN VON UNSERER FIRMA ÜBERNOMMEN WERDEN.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_