

Anfrage Betriebsmedizin/ Eignung -> betriebsmedizin@innenstadtpraxis.de

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Firma: _____ Ansprechpartner: _____

Anschrift: _____

Mail: _____ **Tel:** _____

Ich benötige/ wünsche Informationen zu Eignungsuntersuchung/ Beratung

- Flugtauglichkeit, Klasse II
 - ErstU NachU LAPL
- Eignung nach FeV (Führerschein, z.B. CE/ DE)
- Tauchtauglichkeit
- Tauglichkeit für Sportbootführerschein
- Reisemedizinische Beratung/ Reiseimpfung

- sonstige Eignung/ Beratung: _____

Ich benötige/ wünsche Informationen zu betriebsmedizinischen Leistungen

- Betriebsärztliche Betreuung (ASiG/ ArbSchG)
- Arbeitsmed. Vorsorge: G: ___/___/___/___ ggf. Anzahl MA: _____
- Eignung für Arbeitsplatz: _____
(z.B. G25/ 41, StrSchV, etc.)
- Sonstiges: _____

Für Branche/Tätigkeit/ Beruf: _____

➔ Bitte Kontaktaufnahme zur Terminvergabe mit Preisinformation für o.g. Leistung.

Information: Die o.g. Leistungen werden i. d. R. nicht von der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung erstattet und müssen selbst bzw. durch den Betrieb getragen werden. Sie erhalten eine aktuelle Preisinformation zu Ihrer Anfrage.

Anmerkungen: _____

Ort, Datum

Unterschrift