

**Anfrage Betriebsmedizin/ Eignung -> [betriebsmedizin@innenstadtpraxis.de](mailto: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