

# Arbeitsmedizinische Vorsorge

## Vorsorgekartei

Angaben zur Person  
der / des Versicherten

Rentenversicherungs-Nr.

Tag Monat Jahr

Geburtsdatum

Familienname  Vorname

Geburtsname  Staatsangeh.

Straße/Haus-Nr.

Postleitzahl und Ort

Anschrift des  
Unternehmens

Mitglieds-Nr. des Betriebes  
beim Unfallversicherungsträger

Name

Straße

Postleitzahl und Ort

Angaben zum  
Beschäftigungsverhältnis

### Krankenkasse

Einstellung am	Tag Monat Jahr	ausgeschieden am:	Tag Monat Jahr
Anlass (Tätigkeit, Exposition)	Anlass (Tätigkeit, Exposition)	Anlass (Tätigkeit, Exposition)	Anlass (Tätigkeit, Exposition)
Arbeitsbereich/Art der Tätigkeit	Arbeitsbereich/Art der Tätigkeit	Arbeitsbereich/Art der Tätigkeit	Arbeitsbereich/Art der Tätigkeit
Beginn/Ende dieser Tätigkeit	Beginn/Ende dieser Tätigkeit	Beginn/Ende dieser Tätigkeit	Beginn/Ende dieser Tätigkeit
Anlass (Tätigkeit, Exposition)	Anlass (Tätigkeit, Exposition)	Anlass (Tätigkeit, Exposition)	Anlass (Tätigkeit, Exposition)
Arbeitsbereich/Art der Tätigkeit	Arbeitsbereich/Art der Tätigkeit	Arbeitsbereich/Art der Tätigkeit	Arbeitsbereich/Art der Tätigkeit
Beginn/Ende dieser Tätigkeit	Beginn/Ende dieser Tätigkeit	Beginn/Ende dieser Tätigkeit	Beginn/Ende dieser Tätigkeit

Angaben zu  
früheren Beschäfti-  
gungsverhältnissen

Datum	Anlass	Pflicht-Vorsorge*	Angebots-Vorsorge*	Wunsch-Vorsorge*	Nächste Vorsorge	Name und Anschrift des Arztes/der Ärztin	eingetragen von

Bemerkungen:

\* Bitte ankreuzen