

# FÜR DEN UNTERNEHMER/DIE UNTERNEHMERIN

# Ärztliche Bescheinigung Eignungsbeurteilung

Familienname		Straße/Haus-Nr.	
Vorname		Postleitzahl/Ort	
Geburtsdatum			
Name des Unternehmens			
Straße			
Postleitzahl/Ort			
Personal-Nr. der versicherten Person (ggf.)			

## ANLASS

Tätigkeit/Exposition	Nächster Termin (Monat / Jahr, n. n. = nicht notwendig)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

## ANGABEN ZUR UNTERSUCHUNG

Anlass 1	Anlass 2	Anlass 3	Anlass 4
Die Untersuchung ergab: Eignung gegeben <input type="checkbox"/>	Die Untersuchung ergab: Eignung gegeben <input type="checkbox"/>	Die Untersuchung ergab: Eignung gegeben <input type="checkbox"/>	Die Untersuchung ergab: Eignung gegeben <input type="checkbox"/>
Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>
Eignung bei verkürzten Fristen und ggf. Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung bei verkürzten Fristen und ggf. Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung bei verkürzten Fristen und ggf. Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung bei verkürzten Fristen und ggf. Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>
Eignung nicht gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nicht gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nicht gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nicht gegeben <input type="checkbox"/>
Bemerkungen <sup>1)</sup>	Bemerkungen <sup>1)</sup>	Bemerkungen <sup>1)</sup>	Bemerkungen <sup>1)</sup>
Datum der Eignungsbeurteilung		Unterschrift (Stempel) des Arztes / der Ärztin (ggf. „im Auftrag“ als Zusatz)	

<sup>1)</sup> Hier ggf. Empfehlungen für Schutzmaßnahmen, verkürzte Fristen, etc. eintragen.

## FÜR DIE VERSICHERTE PERSON

## Ärztliche Bescheinigung Eignungsbeurteilung

Familienname		Straße/Haus-Nr.	
Vorname		Postleitzahl/Ort	
Geburtsdatum			
Name des Unternehmens			
Straße			
Postleitzahl/Ort			
Personal-Nr. der versicherten Person (ggf.)			

### ANLASS

Tätigkeit/Exposition	Nächster Termin (Monat / Jahr, n. n. = nicht notwendig)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

### ANGABEN ZUR UNTERSUCHUNG

Anlass 1	Anlass 2	Anlass 3	Anlass 4
Die Untersuchung ergab:	Die Untersuchung ergab:	Die Untersuchung ergab:	Die Untersuchung ergab:
Eignung gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung gegeben <input type="checkbox"/>
Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>
Eignung bei verkürzten Fristen und ggf. Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung bei verkürzten Fristen und ggf. Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung bei verkürzten Fristen und ggf. Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung bei verkürzten Fristen und ggf. Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>
Eignung nicht gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nicht gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nicht gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nicht gegeben <input type="checkbox"/>
Bemerkungen <sup>1)</sup>	Bemerkungen <sup>1)</sup>	Bemerkungen <sup>1)</sup>	Bemerkungen <sup>1)</sup>
Datum der Eignungsbeurteilung			
Unterschrift (Stempel) des Arztes / der Ärztin (ggf. „im Auftrag“ als Zusatz)			

<sup>1)</sup> Hier ggf. Empfehlungen für Schutzmaßnahmen, verkürzte Fristen, etc. eintragen.

# FÜR DEN ARZT/DIE ÄRZTIN

# Ärztliche Bescheinigung Eignungsbeurteilung

Familienname		Straße/Haus-Nr.	
Vorname		Postleitzahl/Ort	
Geburtsdatum	_____		
Name des Unternehmens	_____		
Straße	_____		
Postleitzahl/Ort	_____		
Personal-Nr. der versicherten Person (ggf.)	_____		

## ANLASS

Tätigkeit/Exposition	Nächster Termin (Monat / Jahr, n. n. = nicht notwendig)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

## ANGABEN ZUR UNTERSUCHUNG

Anlass 1	Anlass 2	Anlass 3	Anlass 4
Die Untersuchung ergab: Eignung gegeben <input type="checkbox"/>	Die Untersuchung ergab: Eignung gegeben <input type="checkbox"/>	Die Untersuchung ergab: Eignung gegeben <input type="checkbox"/>	Die Untersuchung ergab: Eignung gegeben <input type="checkbox"/>
Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>
Eignung bei verkürzten Fristen und ggf. Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung bei verkürzten Fristen und ggf. Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung bei verkürzten Fristen und ggf. Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung bei verkürzten Fristen und ggf. Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben <input type="checkbox"/>
Eignung nicht gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nicht gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nicht gegeben <input type="checkbox"/>	Eignung nicht gegeben <input type="checkbox"/>
Bemerkungen <sup>1)</sup>	Bemerkungen <sup>1)</sup>	Bemerkungen <sup>1)</sup>	Bemerkungen <sup>1)</sup>

Datum der Eignungsbeurteilung

Unterschrift (Stempel) des Arztes / der Ärztin (ggf. „im Auftrag“ als Zusatz)

<sup>1)</sup> Hier ggf. Empfehlungen für Schutzmaßnahmen, verkürzte Fristen, etc. eintragen.