

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 ¹⁾	Bemerkungen ¹⁾	Bemerkungen ¹⁾	Bemerkungen ¹⁾

Datum der Eignungsbeurteilung

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

¹⁾ Hier ggf. Empfehlungen für Schutzmaßnahmen, verkürzte Fristen, etc. eintragen.