

FÜR DEN UNTERNEHMER/DIE UNTERNEHMERIN

Angaben zur Person
der / des Versicherten

Versicherungs-Nr. des
Rentenversicherungsträgers

Tag Monat Jahr

--	--	--

Geburtsdatum

Eignungsbeurteilung bei Tätigkeiten in Überdruck

Arbeiten in Druckluft

Taucherarbeiten

DGUV Empfehlung
"Überdruck"

Familienname

Vorname

Geburtsname

Geschlecht

Straße

Staatsangeh.

Postleitzahl und Ort

Anschrift des
Unternehmens

Betriebs-Nr. der
Agentur für Arbeit

Mitglieds-Nr. des Betriebes
beim Unfallversicherungsträger

Nr. des Unfall-
versicherungsträgers

Name

Straße

Postleitzahl und Ort

Art der Tätigkeit:

Frühere Tätigkeiten in Überdruck (mit Zeitangaben):

Eignung gegeben *)

Eignung nach Durchführung bestimmter
Maßnahmen gegeben *)

Eignung nach Durchführung
bestimmter Maßnahmen gegeben,
verkürzte Fristen *)

Eignung nicht gegeben

Eignungsbeurteilung
am:

Tag	Monat	Jahr

Nächste Beurteilung:

Monat	Jahr

Erstbeurteilung

Anlassbezogene erneute Beurteilung

Besonders nach Druckfallerkrankung einer Erkrankung von länger als 6 Wochen oder mehrmaliger Erkrankung innerhalb von 6 Monaten ist durch Vorstellung beim beauftragten Arzt zu entscheiden, ob ein Einsatz in Überdruck weiter zulässig oder ob vorzeitige Nachuntersuchung erforderlich ist.

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

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Sie sind berechtigt, eine Entscheidung Ihres Unfallversicherungsträgers oder der zuständigen Behörde herbeizuführen, wenn Sie die Bescheinigung für unzutreffend halten.