

Anmeldung zur arbeitsmedizinischen Angebotsvorsorge oder Wunschvorsorge

Titel:	Berufsbezeichnung:	Fachbereich / Institut / Zentrum / Univerwaltung:
Name:	Abteilung /AG:	
Vorname:	Dienstanschrift:	
Geb. am:	Staatsangehörigkeit:	Arbeitstätigkeit (Schwerpunkt):
Wohnhaft: PLZ, Ort:	Telefon für Rückfragen:	
Straße / Nr.:	e-mail: gut leserlich & vollständig, da notwendig zur Terminvergabe – Angabe Zeile unten	
e-mail:		

A) Arbeitsmedizinische Angebotsvorsorge:

- Erkrankung mit möglichem ursächlichen Zusammenhang mit der Tätigkeit
- Lärm (bei Schichtmittelwert >80 dB (A) je Arbeitstag) (alt:G20)
- bei Exposition gegen die Atemwege sensibilisierende oder reizende Stoffe (alt:G23)
- mögliche Hauterkrankungen (alt:G24):
- Feuchtarbeit 2 bis < 4 Std./Tag
 - bei Exposition gegen andere hautsensibilisierende oder reizende Stoffe
- Tragen von Atemschutzgeräten: Gruppe 1: leichter Atemschutz (z.B. FFP1-FFP3 Partikelfiltermasken mit Nutzung > ½ Stunde/Arbeitstag) (alt:G26)
- Bildschirmarbeitsplätze: Untersuchung des Sehvermögens (alt:G37)
- Schweißbrauche: bei Schweißrauchkonzentration ≤ 3 mg/m³ Luft (alt:G39)
- Umgang mit Gefahrstoffen: ohne inhalative und ohne dermale Exposition (z.B. Acrylnitril, Benzol, Xylol, oder Ethidiumbromid, Liegestäube mit Asbestfasern, o.a. krebserzeugende oder erbgutverändernde Stoffe der Kat. 1+2): _____
- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen der Risikogruppe 2 oder 3 sowie Tätigkeiten mit gentechnisch veränderten Organismen bei S2 oder S3 (alt:G42):
- gezielter Umgang: humanpathog. Organismus _____
 - Überprüfung Impfstatus _____
- Vorsorge bei Begasungstätigkeit nach Anhang III Nr. 4 der GefStoffV
- Vorsorge bei Tätigkeitsende, wenn Pflichtuntersuchungen bei Tätigkeiten mit biolog. Arbeitsstoffen erfolgten
- Nachgehende Vorsorge bei stattgehabter Exposition gegenüber krebserzeugenden oder erbgutveränderten Stoffe der Kat. 1+2

B) Arbeitsmedizinische Wunschvorsorge:

- Arbeitsmedizinische Vorsorge auf Wunsch (z.B. zur Beratung arbeitsplatz- oder tätigkeitsbezogener Gesundheitsfragen)

Marburg, den _____

_____, _____, Tel.: _____
Name verantwortliche(r) Vorgesetzte(r) Unterschrift Vorgesetzte/er

_____, _____, Tel.: _____
Name Sicherheitsreferent/-referentin Unterschrift Sicherheitsreferent/-in