Ärztliche Vorsorgebescheinigung

nach § 6 Absatz 3 ArbMedVV

DGUV

Für den Unternehmer/die Unternehmerin

Angaben zur Person der/des Versicherten

Familienname		Vorname		Geburtsdatum	
Straße/Haus-Nr.					
Postleitzahl und Ort					

Anschrift des Unternehmens

Name	
Straße/Haus-Nr.	
Postleitzahl und Ort	
Personal-Nr. der versicherten Person (ggf.)	

Angaben zur Vorsorge

Anlass (bei Pflicht-/Angebotsvorsorge: Tätigkeit/Exposition gem. Anhang ArbMedVV)	**Art** Pflichtvorsorge	Angebotsvorsorge	Wunschvorsorge	**Nächster Termin** (Monat/Jahr, n. n. = nicht notwendig)
1.	☐	☐	☐	
2.	☐	☐	☐	
3.	☐	☐	☐	
4.	☐	☐	☐	

Datum der Vorsorge

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

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) · Glinkastraße 40 · 10117 Berlin · Telefon: 030 13001-0 (Zentrale) · E-Mail: info@dguv.de · Internet: www.dguv.de

Ärztliche Vorsorgebescheinigung

nach § 6 Absatz 3 ArbMedVV

DGUV

Für die versicherte Person

Angaben zur Person der/des Versicherten

Familienname		Vorname		Geburtsdatum	
Straße/Haus-Nr.					
Postleitzahl und Ort					

Anschrift des Unternehmens

Name	
Straße/Haus-Nr.	
Postleitzahl und Ort	
Personal-Nr. der versicherten Person (ggf.)	

Angaben zur Vorsorge

Anlass (bei Pflicht-/Angebotsvorsorge: Tätigkeit/Exposition gem. Anhang ArbMedVV)	**Art** Pflichtvorsorge	Angebotsvorsorge	Wunschvorsorge	**Nächster Termin** (Monat/Jahr, n. n. = nicht notwendig)
1.	☐	☐	☐	
2.	☐	☐	☐	
3.	☐	☐	☐	
4.	☐	☐	☐	

Datum der Vorsorge

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

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) · Glinkastraße 40 · 10117 Berlin · Telefon: 030 13001-0 (Zentrale) · E-Mail: info@dguv.de · Internet: www.dguv.de

Ärztliche Vorsorgebescheinigung

nach § 6 Absatz 3 ArbMedVV

DGUV

Für den Arzt bzw. die Ärztin

Angaben zur Person der/des Versicherten

Familienname		Vorname		Geburtsdatum	
Straße/Haus-Nr.					
Postleitzahl und Ort					

Anschrift des Unternehmens

Name	
Straße/Haus-Nr.	
Postleitzahl und Ort	
Personal-Nr. der versicherten Person (ggf.)	

Angaben zur Vorsorge

Anlass (bei Pflicht-/Angebotsvorsorge: Tätigkeit/Exposition gem. Anhang ArbMedVV)	**Art** Pflichtvorsorge	Angebotsvorsorge	Wunschvorsorge	**Nächster Termin** (Monat/Jahr, n. n. = nicht notwendig)
1.	☐	☐	☐	
2.	☐	☐	☐	
3.	☐	☐	☐	
4.	☐	☐	☐	

Datum der Vorsorge

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

Angaben zur Vorsorge bitte im Folgeblatt eintragen. ⇢

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) · Glinkastraße 40 · 10117 Berlin · Telefon: 030 13001-0 (Zentrale) · E-Mail: info@dguv.de · Internet: www.dguv.de

Angaben zur Vorsorge (für den Arzt bzw. die Ärztin)

Anlass 1	Anlass 2	Anlass 3	Anlass 4
Die Untersuchung ergab: ☐ Keine Erkenntnisse, die Maßnahmen erfordern ☐ Erkenntnisse, bei denen Maßnahmen empfohlen werden ☐ Erkenntnisse, bei denen verkürzte Fristen und ggf. Maßnahmen empfohlen werden ☐ Erkenntnisse, bei denen ein Tätigkeitswechsel zu erwägen ist	Die Untersuchung ergab: ☐ Keine Erkenntnisse, die Maßnahmen erfordern ☐ Erkenntnisse, bei denen Maßnahmen empfohlen werden ☐ Erkenntnisse, bei denen verkürzte Fristen und ggf. Maßnahmen empfohlen werden ☐ Erkenntnisse, bei denen ein Tätigkeitswechsel zu erwägen ist	Die Untersuchung ergab: ☐ Keine Erkenntnisse, die Maßnahmen erfordern ☐ Erkenntnisse, bei denen Maßnahmen empfohlen werden ☐ Erkenntnisse, bei denen verkürzte Fristen und ggf. Maßnahmen empfohlen werden ☐ Erkenntnisse, bei denen ein Tätigkeitswechsel zu erwägen ist	Die Untersuchung ergab: ☐ Keine Erkenntnisse, die Maßnahmen erfordern ☐ Erkenntnisse, bei denen Maßnahmen empfohlen werden ☐ Erkenntnisse, bei denen verkürzte Fristen und ggf. Maßnahmen empfohlen werden ☐ Erkenntnisse, bei denen ein Tätigkeitswechsel zu erwägen ist
Bemerkungen[1)]	Bemerkungen[1)]	Bemerkungen[1)]	Bemerkungen[1)]

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