

Betriebsärztliches Untersuchungsbescheinigungsformular

Ausfüllen von der/dem Studierenden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Immatrikulationsdatum

UKE-E-Mail-Adresse

Telefon

Die obigen Angaben wurden im Rahmen der Immatrikulation der/des Studierenden von der Universität Hamburg an die Medizinische Fakultät übermittelt und gelten damit als bestätigt.

Ausfüllen vom Betriebsärztlichen Dienst:

- Erstuntersuchung
- Nachuntersuchung
- nachgehende Untersuchung gem. Anhang ArbMedVV Teil 1 (3)

Letzte Betriebsärztliche Untersuchung:

Betriebsärztliche Vorsorgeuntersuchung gemäß:

1. Verordnung zur arbeitsmed. Vorsorge (ArbMedVV)
 - 1.1 Tätigkeit mit Gefahrenstoffen
 - 1.2 Infektionsgefährdung
 - 1.3 Feuchtarbeit mind. 4 Std./Tag
 - 1.4 Exposition gegenüber Labortierstaub
 - 1.5 gentechnische Arbeiten mit humanpath. Org. für Organismen
 - 1.6 Lärmexposition ab einem Beurteilungspegel von 80dB(A)
 - 1.7 Tragen von Atemschutz
 - 1.8 Bildschirmtätigkeit
2. Röntgen-/Strahlenschutzverordnung
3. Fahrtätigkeit: PKW bis 3,5t LKW
 - 3.1 Personenbeförderung (mehr als 8 Pers.)
4. UVV Forsten/Gartenanlagen
5. Allgemeine Vorsorgeuntersuchung auf Wunsch der bzw. des Beschäftigten (§11 ArbSchG)
6. Sonstige:

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Hinweis: Sie sind berechtigt, eine Entscheidung d. zust. Unfallversicherungsträgers (bei Untersuchungen aufgrund berufsgenossenschaftl. Rechtsvorschriften) oder des Amtes für Arbeitsschutz (bei Untersuchungen aufgrund staatlicher Rechtsvorschriften) herbeizuführen, wenn Sie die ärztliche Bescheinigung für unzutreffend halten.

Wir führten am _____ die arbeitsmedizinische(n) Untersuchung(en) gem. folgenden Rechtsgrundlagen durch: _____

Ergebnis:

- Keine gesundheitlichen Bedenken bei lfd. Nr.: _____
- Keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen bei lfd. Nr.: _____
- Gesundheitliche Bedenken bei lfd. Nr.: _____ befristet bis: _____
- Nachuntersuchung nicht erforderlich, freiwillig auf Wunsch jedoch möglich

Nächste Untersuchung:

_____ für lfd.Nr.: _____
_____ für lfd.Nr.: _____
_____ für lfd.Nr.: _____

Bemerkungen:

Datum

Telefon

Unterschrift des Betriebsärztlichen Dienstes