



ARBEITSMEDIZINISCHE PRAXIS
ANNA SZIRNIKS
FACHÄRZTIN FÜR ARBEITSMEDIZIN
AUFDERHÖHER STR. 169A - 42699 SOLINGEN
FON: 0212 6886 - FAX: 0212 650157

Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung für arbeitsmedizinische Leistungen

Auftraggeber:	Ansprechpartner (Tel.- Nummer und E-Mail- Adresse):
Adresse:	Stempel:

Hiermit beauftrage ich die Praxis Anna Szirniks mit der Durchführung der nachfolgend angegebenen arbeitsmedizinischen Untersuchung(en) für die unten genannte Person. Eine Aufstellung der arbeitsmedizinischen Untersuchungen bzw. Leistungen und die Preisliste kann auf der Homepage der Praxis <http://hausarzt-solingen.com> eingesehen werden. Mit dem in der Preisliste aufgeführten Honorar bin ich einverstanden. Wir bitten auch um die Angabe, ob es sich um eine Eignungsuntersuchung handelt oder um eine Untersuchung nach arbeitsmedizinischer Vorsorge (ArbmedVV). Sollte hier keine Angabe erfolgen, richten wir uns nach den Vorgaben der arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung (ArbmedVV).

Zu untersuchende Person:

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:	Adresse:	Telefonnummer:
-----------	----------	---------------	----------	----------------

Gewünschte Untersuchung:	Eignung	Vorsorge

Datum: _____

Unterschrift: _____