

Institut für Arbeitsmedizin
Mühlhäuser Str. 94
99817 Eisenach
arbeitsmedizin@stgeorgklinikum.de

Auftrag zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge

Name Auftraggeber/ Adresse

Telefon

E-Mail



Firmenstempel

Hiermit beauftragen wir das Arbeitsmedizinische Institut Eisenach verbindlich mit der Durchführung der folgenden arbeitsmedizinischen Vorsorgen. Die Kosten hierfür werden durch uns übernommen.

Name Mitarbeiter /in

Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer

Bezeichnung	Angebots- / Pflichtvorsorge

Werden angemeldete Vorsorgetermine nicht wahrgenommen oder später als 12 Uhr des Vortages abgesagt, berechnen wir gemäß § 615 BGB ein Ausfallhonorar in Höhe von 50% der beauftragten Untersuchungsleistungen.

Datum

Unterschrift des Auftraggebers

Ausgedruckte Dokumente unterliegen nicht dem Änderungsdienst!

Freigabedatum: 12.08.2026	Freigabe von: Manuela Queisser (Betriebsarzt)	Review:	Seite 1 von 2	Version: 1
------------------------------	--	---------	------------------	---------------

Anmeldung mehrerer Mitarbeiter bei gleicher Vorsorge:

Bitte zusätzlich Auftrag (Seite 1) ausfüllen.

Name	Vorname	Geburts datum	Anschrift (privat)	Telefonnummer

Ausgedruckte Dokumente unterliegen nicht dem Änderungsdienst!