

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Ärztliche Bescheinigung

 Angaben zur Person
der/des Versicherten

Rentenversicherungs-Nr.:	Tag Monat Jahr	Geburtsdatum	
Familienname			Vorname
Geburtsname			Staatsangeh.
Straße/Haus-Nr.			
Postleitzahl und Ort			
Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger			
Name			
Straße			
Postleitzahl und Ort			

 Anschrift des
Arbeitgebers

Vom Arbeitgeber auszufüllen

ANGABEN ZUR BESCHÄFTIGUNG

Krankenkasse
Einstellung am Tag Monat Jahr
Grund der Untersuchung (Gefahrstoffe/gefährdende Tätigkeit)
Arbeitsbereich
Art der Tätigkeit
Beginn/Ende dieser Tätigkeit Tag Monat Jahr

ANGABEN ZUR UNTERSUCHUNG

Dieser Bogen kann wiederholt verwendet werden. Auch können die Ergebnisse der Untersuchungen nach verschiedenen Grundsätzen eingetragen werden.

Untersuchung nach Grundsatz	Untersuchung nach Grundsatz	Untersuchung nach Grundsatz	Untersuchung nach Grundsatz
G	G	G	G
Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>	Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>	Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>	Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>
Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>	Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>	Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>	Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>
Die arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchung am Tag Monat Jahr	Die arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchung am Tag Monat Jahr	Die arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchung am Tag Monat Jahr	Die arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchung am Tag Monat Jahr
ergab:	ergab:	ergab:	ergab:
keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/>			
keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ²⁾ <input type="checkbox"/>	keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ²⁾ <input type="checkbox"/>	keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ²⁾ <input type="checkbox"/>	keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ²⁾ <input type="checkbox"/>
gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/>			
befristet bis Tag Monat Jahr			
Nächste Untersuchung: Monat Jahr			
Bemerkungen ²⁾ :	Bemerkungen ²⁾ :	Bemerkungen ²⁾ :	Bemerkungen ²⁾ :
Stempel und Unterschrift des Arztes			
Datum der Bescheinigung: Tag Monat Jahr	Datum der Bescheinigung: Tag Monat Jahr	Datum der Bescheinigung: Tag Monat Jahr	Datum der Bescheinigung: Tag Monat Jahr

Vom Arzt auszufüllen

Bestell-Nr. GUV-I 8581

Hinweis für den Versicherten: Sie sind berechtigt, eine Entscheidung Ihres Unfallversicherungsträgers (bei Untersuchungen aufgrund von Unfallverhütungsvorschriften) oder der zuständigen Behörde (bei Untersuchungen aufgrund von staatlichen Rechtsvorschriften – in der Regel Gewerbeaufsicht) herbeizuführen, wenn Sie die Bescheinigung für unzutreffend halten.

Hinweis für den Arzt:

- 1) Die Bescheinigung darf sich nur auf Befunde aus den angewandten Grundsätzen beziehen. Nebenbefunde sind hier nicht zu berücksichtigen.
- 2) Bemerkungen: Bitte hier Empfehlungen bei Bedenken, Auflagen, Bedingungen, Gründe für vorzeitige Nachuntersuchung bzw. für befristete Bedenken eintragen. Empfehlungen an den Versicherten hinsichtlich medizinischer Maßnahmen dürfen nur auf der Durchschrift für den Versicherten (Blatt 2) aufgeführt werden. Auf die Anzeigepflicht für Ärzte bei begründetem Verdacht des Bestehens einer Berufskrankheit (§ 5 Berufskrankheiten-Verordnung) wird hingewiesen. Der Unfallversicherungsträger ist auch in den Fällen zu unterrichten, bei denen die Gefahr des Entstehens, Wiederauflebens oder der Verschlimmerung einer Berufskrankheit im Sinne des § 3 Berufskrankheiten-Verordnung besteht. Dieser Unterrichtung muß der Versicherte zustimmen.