

Bitte ausgefüllt der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter zur Vorsorge mitgeben.

Frau/Herr _____ ist in unserer Einrichtung
als _____ beschäftigt.

Wir beauftragen Sie mit der Durchführung einer arbeitsmedizinischen Vorsorge*:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Infektionsgefährdung

Infektionsschutz vorschulische Kinderbetreuung inkl. ggf. Impfangebot und Impfung
(MMR, Windpocken, Keuchhusten)

mit regelmäßigem Windelwechsel (zusätzlich Hep. A)

im Waldkindergarten (zusätzlich FSME in Endemiegebieten)

Betreuung eines mit Hep. B infizierten Kindes (zusätzlich Hep. B)

Infektionsschutz stationäre/ambulante Pflege von Erwachsenen inkl. ggf. Impfangebot und Impfung
(u. a. Hep. A, Hep. B und ggf. Untersuchung zu Hep. C)

Infektionsschutz stationäre/ambulante Pflege von Kindern inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (u. a.
Hep. A, Hep. B und ggf. Untersuchung zu Hep. C, MMR, Keuchhusten, Windpocken)

Infektionsschutz Grünpflege/Friedhof/Forst inkl. ggf. Impfangebot und Impfung

längere Tätigkeiten im Freien (zusätzlich FSME in Endemiegebieten)

bei direktem Kontakt zu Verstorbenen (zusätzlich Hep. A, Hep. B)

Impfangebot und Impfung für Lehrer*innen, Pastoren*innen, Pfarrer*innen und Diakone*innen,
die regelmäßig Kontakt zu Kindern und Jugendlichen haben (MMR und Windpocken)

Muskel-Skelett-Belastung (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)

Ganzkörpervibrationen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)

Hand-Arm-Vibrationen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)

Arbeiten im Lärm

Beurteilungspegel > 80 dB(A) gemittelt über 8 Std. pro Tag

Beurteilungspegel > 85 dB(A) gemittelt über 8 Std. pro Tag

Feuchtarbeit

Feuchtarbeit > 2 Std. pro Tag

Feuchtarbeit > 4 Std. pro Tag

Bildschirmtätigkeit

Vorsorge Tätigkeiten im Ausland inkl. ggf. Impfangebot und Impfung

Zielland: _____ Aufenthaltsdauer: _____

Intensive Belastung durch natürliche UV-Strahlung (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)

Untersuchung für gefährliche Baumarbeiten

**Arbeitsmedizinische Vorsorge, die auf Grund der Gefährdungsbeurteilung angeboten
werden muss:**

(konkrete Gefährdung angeben, z. B. Umgang mit Gefahrstoffen, Infektionsgefahr durch eine Pandemie)

* Eine ausführliche Beschreibung der zu beauftragenden Leistungen finden Sie im Leitfaden

Untersuchung/Beratung bei Beschwerden mit direktem Bezug zur Tätigkeit (Wunschvorsorge)

Wir beauftragen Sie mit der Durchführung einer Untersuchung*:

Mutterschutzuntersuchung für Schwangere mit infektionsgefährdenden Tätigkeiten

**Untersuchung/Beratung nach Langzeiterkrankung/mit Schwerbehinderung
(unter Vorlage einer Fragestellung und Arbeitsplatzbeschreibung)**

Jugendarbeitsschutzuntersuchung

Wir beauftragen Sie mit einer kostenpflichtigen Zusatzleistung*:

Bitte Zusatzleistung beschreiben (z. B. Einstellungs-, Eignungs-, personal-,
beamtenrechtliche Untersuchungen, Begutachtung zur Erwerbsfähigkeit)

Auftraggeber: _____

Name der Einrichtung: _____

Adresse: _____

z. Hd. Frau/Herr: _____

Telefonnummern bei Rückfragen: _____

Unsere Einrichtung gehört zu folgender Landeskirche:

Ev. Landeskirche Anhalts

Ev. Landeskirche in Baden

Ev.-Luth. Kirche in Bayern

Ev. Kirche in Berlin-Brandenburg-
schlesische Oberlausitz

Ev.-luth. Landeskirche in Braunschweig

Bremische Evangelische Kirche

Ev.-luth. Landeskirche Hannovers

Ev. Kirche in Hessen und Nassau

Ev. Kirche von Kurhessen-Waldeck

Lippische Landeskirche

Ev. Kirche in Mitteldeutschland

Ev.-Luth. Kirche in Norddeutschland

Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg

Ev. Kirche der Pfalz

Ev.-reformierte Kirche

Ev. Kirche im Rheinland

Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens

Ev.-Luth. Landeskirche Schaumburg-Lippe

Ev. Kirche von Westfalen

Ev. Landeskirche in Württemberg

Ev. Brüder-Unität

Einrichtung und Werke der EKD, VELKD oder UEK
SELK

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers, Stempel

* Eine ausführliche Beschreibung der zu beauftragenden Leistungen finden Sie im Leitfaden