

ARBEITSMEDIZINISCHE EIGNUNGSBESCHEINIGUNG

Arbeitsmedizinische Untersuchung · Geeignet / Nicht geeignet

Ärztin/Arzt: _____ Berufsreg.-Nr.: _____

Unternehmen / Betriebsärztlicher Dienst: _____ Anschrift: _____ Tel.: _____

BESCHEINIGUNG DER MEDIZINISCHEN ARBEITSEIGNUNG

Arbeitnehmer/in: _____ Geschlecht: _____

Ausweisdokument: _____ Alter: _____ Tätigkeit: _____

Unternehmen: _____ Untersuchungsart: _____

ERGEBNIS DER ARBEITSMEDIZINISCHEN UNTERSUCHUNG:

☐ GEEIGNET ☐ GEEIGNET MIT EINSCHRÄNKUNGEN ☐ NICHT GEEIGNET

VITALZEICHEN UND KLINISCHE PARAMETER:

Blutdruck: _____ Puls: _____ Atemfreq.: _____ Temp.: _____ Gewicht: _____

Größe: _____ BMI: _____ Glukose: _____ Sehen: _____

BEMERKUNGEN / SPEZIFISCHE EINSCHRÄNKUNGEN:

Diese Bescheinigung wurde ausgestellt in: _____

Ärztin/Arzt: _____ Berufs-/Registrierungsnr.: _____ Date / Datum: _____

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes