



Antrag auf Durchführung von personal-/betriebsärztlichen Untersuchungen

(Bitte leserlich ausfüllen und über die Personalabteilung an den Betriebsärztlichen Dienst weiterleiten)

An dan				
An den AB Betriebsärztlicher Dienst (IPM)	Terminvereinbarung bitte unter Anmeldung:			
Dr. med. Birgit Emmert	Tel.: 0381-494-9973 Fax: 0381-494-9974 oder			
Universitätsmedizin Rostock				
Trotzenburger Weg 15				
18057 Rostock	betriebsarzt@med.uni-rostock.de			
Über:	WICHTIG: Bringen Sie bitte zur Untersuchung mit:			
Universität Rostock	- gültigen Personalausweis			
Anstalt des öffentlichen Rechts	- alle Impfunterlagen (auch <u>alte</u> Impfpässe!) - alle Brillen/Sehhilfen, falls vorhanden			
Personalservice	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
Dezernat Personal- und Personalentwicklung				
Schwaansche Str. 2				
18055 Rostock				
Name, Vorname:	geb.: Tel.:			
Tätigkeit/Funktion::	E-Mail-Adresse:			
Fakultät/Einrichtung:				
Neueinstellung sonstiges				
Beschäftigung von bis	unbefristet			
Der Betriebsärztliche Dienst wird beauftragt, folgende ärztl Einstellungsuntersuchung Arbeitsmedizinische Vorsorge, die gemäß der Tär gesetzlich oder tarifvertraglich zu veranlassen ist				
☐ Infektionsgefährdung nach Biostoffverordnung	g (ehemals G 42 "Infektionskrankheiten")			
Beschäftigte im Labor und in der Pathologie sowie im Notfall- u. F	infektiösem Material oder Abfall haben können. Dazu gehören auch z.B. Rettungs-, Transport-, Reinigungs-, Küchen-, Wäscherei-, Pförtner- und irtner (sog. gezielte und ungezielte Tätigkeiten mit Infektionserregern).			
☐ Hautbelastende Tätigkeiten (ehemals G 24 "F	Hauterkrankungen")			
	izieren, die > 2h in der Summe am Tag regelmäßig Handschuhe tragen ren bzw. gegenüber hautsensibilisierenden Gefahrstoffen exponiert sind.			
☐ Bildschirmtätigkeit (G37 "Bildschirmarbeitsplä	itze")			
Beschäftigte, die mindestens 2h in der Summe täglich am Bildsch	nirm arbeiten, sollten untersucht werden.			
Röntgenverordnung * Kategorie A Personen (höhere effektive Dosis von >6mSv im Kalenderjahr!)				
Strahlenschutzverordnung* Kategorie A Per	rsonen			
at.				

^{*}Auskunft darüber, an welchen Arbeitsplätzen eine regelmäßige Pflicht-Überwachung nach Kategorie A erfolgen muss, erteilt der Strahlenschutzbeauftragte des entsprechenden Bereichs!





Gefahrstoffverordnung bzv bitte z.B. CMR-Gefahrstoffe		elistet in ArbMed	dVV (Anhang Teil 1 (1)	
Eine <u>Untersuchungsverpflichtung</u> bestel angebot beim Umgang z.B. mit kanzero				hungs-
Aufenthalt im Ausland unte (ehemals G35)	er besonderen klir	natischen und g	esundheitlichen Belastun	gen
Untersuchung und/oder reisemedizinise Tropen, geplant ist.	che Beratung, ggf. bereits	bei der Einstellung, we	nn ein späterer Auslandsaufenthalt, z.	B. in den
☐ Führen von Kraftfahrzeuge	en (ehemals G25 "F	ahr-, Steuer- und	d Überwachungstätigkeiten")
z.B. Beschäftigte, die Kraftfahrzeuge, C bestehenden Dienstvereinbarung !	Gabelstapler oder landwirts	schaftliche Fahrzeuge b	pedienen : nur im Falle einer entsprec	henden
Führen von Kraftfahrzeuge Fahrgastbeförderung (FzF)			•	s zur
☐ Lärmbelastung (ehemals 0	G20 "Lärm")			
Eine <u>Untersuchungsverpflichtung</u> bestel überschritten wird. Ein Untersuchungsa				85dB(A)
☐ Belastung der Atemwege (ehemals G23 "Obs	truktive Atemweg	serkrankungen")	
z.B. Beschäftigte, die am Arbeitsplatz grossischen Gefahrstoffen exponiert sind,			rte Labortiere, Stäube), chemisch-irrit	ativen oder
☐ Tragen von Atemschutzger	räten (G26 "Atemso	chutzgeräte")		
Bitte das Atemschutzgerät näher bezeic	chnen (z.B. Vollschutz):			
	zierter Atmosphär	e, Risikoklasse	1 (ehemals G28)	
Taucherarbeiten (ehemals 0	G31.2.) und Arbeit e	en mit "Überdru	ck " (ehemals G31)	
☐ Tätigkeiten gemäß der Drud	ckluftverordnung			
☐ Arbeiten in großer Höhe ur	nter Absturzgefahi	(ehemals G41)		
z.B. Beschäftigte, die in der Höhe arbeit	ten und z.B. im Falle einer	entsprechenden Diens	stvereinbarung.	
Sonstige Untersuchung wg (ArbZG) mit evtl. Opt Out R	, ,	•		_
Untersuchung (Prüfung	der Arbeitsfähig	keit/Dienstfähi	gkeit), weil:	
die Arbeitsfähigkeit vor A	Arbeitsantritt nach la	anger Krankheit f	estgestellt werden soll	
☐ berechtigte Zweifel an de	er Arbeitsfähigkeit o	der/des Beschäft	gten bestehen (bitte erläute	rn):
Rostock, den				
(Datum)	(Unterscl	nrift und Stempe	el der/des Vorgesetzten)	
☐ Tätigkeitsdarstellung als	Anlage (nur bei Arl	oeitsplätzen mit b	pesonderer Gefährdung!	
Bei Fragen zum Ausfüllen des Bog	gens berät Sie der L	Betriebsärztlicher	n Dienst gerne!	
Bitte von der Personalabteilung	mit Unterschrift u	nd Stempel erg	änzen:	
Sachbearbeiter/in:		Az:	Tel:	