

dr. med.

christiane guderian



Fachärztin für Allgemeinmedizin

Naturheilverfahren • Chirotherapie • Tauch- und Sportmedizin

Reise- und Tropenmedizin • Betriebsmedizin

Kostenübernahmeerklärung für arbeitsmedizinische Untersuchung

Auftraggeber(zugleich Rechnungsempfänger)

Datum der Untersuchung:

Name:

Straße

PLZ

E-Mail-Adresse-Arbeitgeber für Rechnung :

Ansprechpartner:

Telefon:

Name des Beschäftigten: _____

Geburtsdatum: _____

Art der gewünschten Untersuchung:

- Biostoffverordnung
- Atemschutz G26.1/2
- Absturzgefahr
- Feuchtarbeit
- Termin bei Schwangerschaft
- Nachsorge nach Nadelstichverletzung
- Sonstiges:
-

Zum Termin bitte auch Versichertennachweis/-karte und Impfpass mitbringen!

Datum: _____

Unterschrift Arbeitgeber: _____