Ein Bild, das Symbol, Schrift, Text, rot enthält.

Automatisch generierte BeschreibungBriefkopf Träger

Sehr geehrte/r Frau/Herr ……………….

Auf Grundlage der ArbMedVV (Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge) sind wir als Arbeitgeber verpflichtet eine angemessene arbeitsmedizinische Vorsorge zu leisten.

Um bestmöglichen Schutz für Sie zu gewährleisten, bitten wir Sie, sich

am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr

bei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Name und Anschrift Betriebsarzt)

vorzustellen,

zur Arbeitsmedizinische Vorsorge wegen

* Infektionsgefährdung (Pflichtvorsorge) in Kinderbetreuung incl. Impfangebot und Impfung (zu Beginn der Tätigkeit, Wiederholung alle 3 Jahre)
* Infektionsgefährdung Einsatz im Waldkindergarten/ Gartenpflege incl. Impfangebot FSME
* Hautgefährdung durch Nutzung von Desinfektionsmittel / häufiges Händewaschen / Tragen von flüssigkeitsdichten Handschuhen
* Feuchtarbeit bei der Reinigung / in der Küche

Angebotsvorsorge bis 2 Std. tägl.

Pflichtvorsorge bei mehr als 4 Std. tägl. oder

Hautkontakt mit Wasser oder wässrigen Flüssigkeiten und im häufigen Wechsel Tragen von flüssigkeitsdichten Schutzhandschuhen (mehr als 20-mal pro Arbeitstag) oder

Waschen der Hände von mindestens 25-mal pro Arbeitstag oder

Tragen von flüssigkeitsdichten Schutzhandschuhen und im häufigen Wechsel mit Waschen der Hände (mehr als 10-mal pro Arbeitstag)

* Bildschirmtätigkeit (Angebotsvorsorge)
* Sonstige Arbeitsmedizinische Vorsorge, aufgrund der Gefährdungsbeurteilung:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

anlassbezogen,

* aufgrund Ihrer Schwangerschaftsmitteilung zur Feststellung des Immunitätsstatus

und Beratung

Mit freundlichen Grüßen

…………………………………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Erklärung der Beschäftigten**

Ich habe o. g. Termin zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass die entsprechende Untersuchung nur vom o. g. Betriebsarzt durchgeführt werden darf und dass ich bei fehlender Immunität einen Anspruch auf Impfschutz nach Maßgabe des Betriebsarztes habe.

Eine Impfung bei fehlender Immunität ist freiwillig. Die Kosten hierfür trägt der Arbeitgeber.

Bei nicht ausreichender Immunität:

Das Angebot zur Impfung werde ich wahrnehmen nicht wahrnehmen

…………………………………………. ………………………………………………

Ort, Datum Unterschrift der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters