

Firmenname

Firmenanschrift

Kontaktdaten des Verantwortlichen

Angebot arbeitsmedizinischer Vorsorge entsprechend AMR 5.1

nach dem Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung für Ihren Arbeitsplatz bin ich/ sind wir nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) gesetzlich verpflichtet, Ihnen eine arbeitsmedizinische Vorsorge nach dem Anhang zu dieser Verordnung anzubieten (§ 5 Absatz 1 in Verbindung mit dem Anhang der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV)).

Folgende Anlässe für arbeitsmedizinische Angebots- oder Pflichtvorsorgevorsorge bestehen an Ihrem Arbeitsplatz:

- Tätigkeiten mit Getreide- und Futtermittelstäuben bei Überschreitung einer Luftkonzentration von 1 mg/m³ einatembarem Staub (Pflichtvorsorge ab 4 mg/m³)
- Tätigkeiten mit Mehlstaub bei einer Staubkonzentration von unter 4 mg/m³ Luft (bei Einhaltung der Basismaßnahmen ist dies anzunehmen, sonst Pflichtvorsorge)
- Feuchtarbeit regelmäßig mehr als 2 h, jedoch weniger als 4 h täglich (Pflichtvorsorge bei regelmäßig 4 h und mehr pro Tag)
- Tätigkeiten im Lärmexposition wenn untere Auslösewerte von $L_{EX,8h} = 80$ dB(A) bzw. $L_{pC,peak} = 135$ dB(C) überschritten werden. (Pflichtvorsorge wenn $L_{EX,8h} = 85$ dB(A) bzw. $L_{pC,peak} = 137$ dB(C) erreicht oder überschritten werden)
- Tätigkeiten mit wesentlich erhöhten Belastungen für das Muskel- und Skelettsystem
- Natürliche UV-Strahlung regelmäßig mehr als eine Stunde täglich (ZR von April bis September; zwischen 10 und 15 Uhr MEZ (11 bis 16 Uhr MESZ), ab Dauer von insgesamt mindestens 1 Std. pro Arbeitstag an mindestens 50 AT)
- Tätigkeit an Bildschirmgeräten mit der Möglichkeit der angemessenen Untersuchung des Sehvermögens
- Sonstige

Ziel der arbeitsmedizinischen Vorsorge ist, arbeitsbedingte Erkrankungen einschließlich Berufskrankheiten frühzeitig zu erkennen und zu verhüten. Arbeitsmedizinische Vorsorge soll zugleich einen Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und zur Fortentwicklung des betrieblichen Gesundheitsschutzes leisten.

Ich sichere Ihnen ausdrücklich zu, dass Ihnen weder durch die Annahme noch durch die Ablehnung der Angebotsvorsorge Nachteile entstehen.

Die Vorsorge ist für Sie kostenfrei und erfolgt in der Regel innerhalb Ihrer Arbeitszeit.

Es gilt die ärztliche Schweigepflicht. Ich erhalte von der Ärztin/vom Arzt lediglich eine Bescheinigung, dass Sie teilgenommen haben und wann der nächste Termin vorgesehen ist. (Vorsorgebescheinigung) Sie erhalten von der Ärztin/vom Arzt ebenfalls eine Vorsorgebescheinigung.

Ihr zuständiger Betriebsarzt/-ärztin ist:

Bitte teilen Sie mir mit, ob Sie das Angebot der Vorsorge annehmen oder ablehnen und reichen
mir das unterschriebene Formular bis zum zurück.
Vielen Dank.

Teilnahme:

Datum: _____ Unterschrift Mitarbeiter/in: _____

Unterschrift des Arbeitgebers _____