

MELDEBOGEN ARBEITSMEDIZIN

Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung

Bitte senden Sie dieses Formular vor oder inklusive Ihrer Terminanfrage unterschrieben an uns zurück
→ per Mail an: pneumologie@faz-sonneberg.de

oder

→ per Post an: Facharztzentrum Sonneberg-Coburg üBAG, Gustav-König-Straße 17, 96515 Sonneberg

Auftraggeber:

Firma: _____

Ansprechpartner: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

1. Mitarbeiter:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer*: _____

Firmenzugehörigkeit: _____

Untersuchungsanlass: _____

2. Mitarbeiter:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer*: _____

Firmenzugehörigkeit: _____

Untersuchungsanlass: _____

Vorsorge gemäß ArbMedVV

oder

Eignung mit Ergebnis

Vorsorge gemäß ArbMedVV

oder

Eignung mit Ergebnis

* wichtig für Kontaktaufnahme bzgl. Terminvergabe

Hiermit beauftrage ich das Facharztzentrum Sonneberg – Coburg üBAG in der Gustav-König-Straße 17, 96515 Sonneberg mit der Durchführung der notwendigen Eignungs- und/oder Vorsorgeuntersuchungen nach der gesetzlich vorgegebenen ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ, 2,3-facher Satz) für die oben genannten Personen.

Des Weiteren bestätige ich die Kostenübernahme sowie die Übernahme der Versäumnisgebühr* bei nicht rechtzeitig abgesagten Untersuchungsterminen.

Ort, Datum

Unterschrift, Firmenstempel

* Versäumnisgebühr (Die Absage des Termins muss schriftlich (Mail, Fax, Post) erfolgen):

- bis zum 5. Arbeitstag vor dem Termin: kostenfrei

- 4. – 2. Arbeitstag vor dem Termin: 50% des Stundensatzes

- 1. Tag vor dem Termin, ohne Absage: 100 % des Stundensatzes