Firmenname

Zuständig im Betrieb

Straße

PLZ Ort

Sehr geehrter Herr/geehrte Frau ………,

an Ihrem Arbeitsplatz werden ***[Beschreibung der gefährdenden Tätigkeit nach ArbMedVV, Anhang]*** durchgeführt.

Aufgrund der Gefährdungsbeurteilung für Ihren Arbeitsplatz sind wir nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) gesetzlich verpflichtet, Ihnen eine Vorsorge anzubieten.

Wir sichern Ihnen zu, dass Ihnen weder durch die Annahme noch durch die Ablehnung des Angebots Nachteile entstehen. Die Vorsorge ist für Sie kostenfrei und erfolgt in der Regel innerhalb Ihrer Arbeitszeit.

Die untersuchende Ärztin/Der untersuchende Arzt ist an die ärztliche Schweigepflicht gebunden. Es erfolgt keine Information des Arbeitgebers über das Ergebnis der Vorsorge. Der Arbeitgeber erhält von der Ärztin/vom Arzt lediglich eine Vorsorgebescheinigung mit den Angaben, dass, wann und aus welchen Anlässen ein arbeitsmedizinischer Vorsorgetermin stattgefunden hat und wann eine weitere arbeitsmedizinische Vorsorge aus ärztlicher Sicht angezeigt ist. Sie erhalten von der Ärztin/vom Arzt ebenfalls eine Vorsorgebescheinigung.

Bitte vereinbaren Sie bei Interesse einen Termin mit unserem/unserer zuständigen Betriebsarzt/-ärztin ***[Name, Adresse, Telefonnummer Betriebsarzt/-ärztin oder überbetrieblicher Dienst]***.

***Datum, Unterschrift Arbeitgeber***