



Praxis für Betriebsmedizin

Gunter Schuck
Facharzt für Allgemeinmedizin
Sportmedizin/Chirotherapie

Erlenmeyerstr. 6
63741 Aschaffenburg
Tel. 06021/4591888

Anmeldung zur arbeitsmedizinischen Untersuchung

Hiermit möchte ich mich / folgenden Mitarbeiter zur Untersuchung anmelden:

Name: Vorname:

Geb.-datum:

Anschrift:

Es sollen folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Arbeitsmedizinisch:

Verkehrsmedizinisch:

Andere Untersuchungen:

Vereinbarter Termin:

Mitarbeiter soll Termin selbständig vereinbaren

Die Kosten werden nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) berechnet und werden vom Auftraggeber übernommen.

Der Termin wird verbindlich reserviert. Sollten Sie/Ihr Mitarbeiter verhindert sein, so geben Sie bitte unverzüglich Bescheid, damit wir den Termin anderweitig vergeben können.

Bei nicht 24 Std. vorher abgesagten Terminen erheben wir eine Ausfallgebühr von 70% der Untersuchungskosten, sofern der Termin nicht anderweitig besetzt werden kann!

Auftraggeber/Firma:

Ansprechpartner

.....

.....

.....

Durchwahl:

.....

.....

.....

Hiermit wird bestätigt, dass die Kosten wie oben aufgeführt von mir/unsere Firma übernommen werden:

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift/Stempel