Anschrift Mitarbeiter/in

Gemäß dem Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung für Ihren Arbeitsplatz bin ich nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) gesetzlich verpflichtet, Ihnen gemäß §5 eine arbeitsmedizinische Vorsorge nach dem Anhang 1 zu dieser Verordnung anzubieten.

Gemäß Anhang 1 wird dieses Angebot aus folgendem Anlass ausgesprochen:

Tätigkeiten mit Gefahrstoffen **= G24** Hautbelastungen durch Feuchtarbeiten, Benutzung von Latex/Nitril Schutzhandschuhen ab 2 bis 4 Stunden täglich. Umgang mit haut- und atemwegsensibilisierenden Gefahrstoffen die keiner Vorsorgeart zugeordnet sind (TRGS 401 + 402).

Ich sichere Ihnen ausdrücklich zu, dass für Sie 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 sofern dies betriebsbedingt möglich ist. Wir werden Sie über die angebotsauslösenden Gefährdungen am Arbeitsplatz und den Umfang des Angebotes informieren. Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Aufklärung zu diesem Thema gesetzlich und dokumentiert gefordert wird. Nach der erforderlichen Aufklärung liegt das Wahlrecht allerdings bei Ihnen, die Teilnahme an einer Untersuchung ist gesetzlich nicht gefordert.

Im Fall der Teilnahme an der Vorsorge bei einem arbeitsmedizinischen Dienst wird Ihnen vom Arzt eine Vorsorgebescheinigung ausgestellt. Ich weise darauf hin, dass nach den gesetzlichen Regelungen eine Information des Arbeitgebers über das Ergebnis der Vorsorge nicht erfolgt. Der Arzt ist an die ärztliche Schweigepflicht gebunden.

Bitte kontaktieren Sie mich oder den für Sie zuständigen Personalverantwortlichen bezüglich des zu führenden Aufklärungsgespräches. Sollten Sie eine Anmeldung für die Vorsorge bei unserem arbeitsmedizinischen Dienst wünschen, werden wir in diesem Zuge die Terminvereinbarung mit Ihnen abstimmen.

Beleg Vorsorge - Kartei intern:

Aushändigung/Mail-Zustellung Informationen - Vorsorgemaßnahme

__X__ **Angebot der Vorsorge - Aufklärung am:** _____

_____ **Verzicht auf Untersuchungsteilnahme am:** _____

_____ **Anmeldung zur Vorsorge erwünscht.**

Hinweis: Die veröffentlichten Kontaktadressen unserer arbeitsmedizinischen Dienste finden Sie in den Aushangbereichen unserer Standorte und im Bewerber-Downloadbereich unserer Homepage (siehe Alarm- und Notfallpläne). Aufklärungsinformationen zu angebotenen Vorsorgearten befinden sich zusätzlich in dem für Sie zugänglichen Downloadbereich.

PELE
Personaldienstleistungen
GmbH & Co.KG
Schießgrabenstraße 14 86150 Augsburg
Tel. (0821) 313100 Fax (0821) 313102

Unterschrift Arbeitgeber

Unterschrift Arbeitnehmer