

# 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 Ge-bührenordnung (GOÄ, **2,5-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

Kontakt: Fax: 03675-8944-11  
Telefon: 03675-8944-0