

**Anforderungsschein Arbeitsmedizinische Vorsorge** auf Grundlage der ArbMedVV und Ihrer

**Gefährdungsbeurteilung** → [Informationen SG Arbeitssicherheit](#)

liegt vor:  ja  nein

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:	
Tätigkeitsbeschreibung:	
Institution mit Anschrift:	

**1. Infektionsgefährdung:**

**Pflichtvorsorge:**

- Arbeiten am Patient/ Patientin.
- Tätigkeiten mit Kontakt zu Körperflüssigkeiten, Körperausscheidungen oder Körpergewebe
- Labortätigkeit: Tätigkeiten mit einem biologischen Arbeitsstoff der [Risikogruppe 4](#) oder denen im [ArbMedVV Anhang Teil 2](#). Bitte angeben:

- 
- Vorschulische Kinderbetreuung
  - Tätigkeiten mit regelmäßigem Kontakt zu fäkalienhaltigen Abwässern
  - Regelmäßige Tätigkeiten in niederer Vegetation

**Angebotsvorsorge:**

- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen der [Risikogruppe 3 oder 2](#) der Biostoffverordnung. Bitte angeben: \_\_\_\_\_

**2. Tätigkeiten mit Gefahrstoffen:**

**Pflichtvorsorge:**

- Exposition mit Gesundheitsgefährdung durch Labortierstaub in Tierhaltungsräumen und -anlagen
- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen laut [ArbMedVV Anhang Teil 1](#):

- 
- Exposition gegenüber Blei und anorganischen Bleiverbindungen bei Luftkonzentration > 0,075 mg/m<sup>3</sup>
  - Wiederholte Exposition gegenüber krebserzeugenden oder keimzellmutagenen Stoffen:

**Angebotsvorsorge:**

- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen laut [ArbMedVV Anhang Teil 1](#): \_\_\_\_\_

wenn Exposition nicht ausgeschlossen werden kann, aber keine Pflichtvorsorge begründet ist.

- andere Gefahrstoffe:

**3. Lärm:**

- Pflichtvorsorge ab 85 dB
- Angebotsvorsorge ab 80 dB

**4. Feuchtarbeit:**

- Pflichtvorsorge: Feuchtarbeit regelmäßig ab 4 Stunden am Tag
- Angebotsvorsorge: Feuchtarbeit regelmäßig ab 2 bis 4 Stunden am Tag

**5. Atemschutz:**

- Pflichtvorsorge ([Atemschutzgeräte Gruppe 2 und 3](#))
- Angebotsvorsorge ([Atemschutzgeräte Gruppe 1](#))

**6. Sonstiges:**

- Angebotsvorsorge Bildschirmarbeitsplatz
- Angebotsvorsorge UV-Strahlung
- Angebotsvorsorge Muskel-Skelett-Belastung
- Pflichtvorsorge Auslandsaufenthalt
- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Name und Unterschrift des/ der Vorgesetzten oder Arbeitsgruppenleiter/in)

Telefonnummer für Rückfragen: \_\_\_\_\_

