

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 Patienten/ Patientin.
- Tätigkeiten mit Kontakt zu Körperflüssigkeiten, Körperausscheidungen oder Körpergewebe
- Labortätigkeit: Tätigkeiten mit einem biologischen und/oder gentechnisch veränderten 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 und/oder gentechnisch veränderten Arbeitsstoffen der [Risikogruppe 3 oder 2](#) der BioStoffV/GenTSV. 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/m³
- 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:

- Strahlenexponierte Personen Kategorie A
- Pflichtvorsorge Auslandsaufenthalt
- Angebotsvorsorge Bildschirmarbeitsplatz
- Angebotsvorsorge UV-Strahlung
- _____

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

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Datum: _____