

Angaben zur Person der/des Versicherten

Anschrift des Arbeitgebers

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Vom Arzt auszufüllen

Rentenversicherungs-Nr.:	Tag Monat Jahr	Geburtsdatum	
Familienname	Vorname		
Geburtsname	Geschlecht		
Straße/Haus-Nr.	Staatsangeh.		
Postleitzahl und Ort			
Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger			
Name			
Straße			
Postleitzahl und Ort			

ANGABEN ZUR BESCHÄFTIGUNG / ZUR UNTERSUCHUNG

Krankenkasse	
Einstellung am	Tag Monat Jahr
Grund der Untersuchung (Gefahrstoffe/gefährdende Tätigkeit)	
Arbeitsbereich	Untersuchung, die der Arbeitgeber zu veranlassen hat <input type="checkbox"/>
Art der Tätigkeit	Untersuchung, die der Arbeitgeber zu veranlassen hat <input type="checkbox"/>
Beginn/Ende dieser Tätigkeit	

ANGABEN ZUR UNTERSUCHUNG

Dieser Bogen kann wiederholt verwendet werden. Auch können die Ergebnisse der Untersuchungen nach verschiedenen Grundsätzen eingetragen werden.

Die Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> nach G <input type="text"/> hat stattgefunden am Tag Monat Jahr	Die Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> nach G <input type="text"/> hat stattgefunden am Tag Monat Jahr	Die Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> nach G <input type="text"/> hat stattgefunden am Tag Monat Jahr	Die Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> nach G <input type="text"/> hat stattgefunden am Tag Monat Jahr
Die Untersuchung ergab: keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ¹⁾ <input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> befristet bis <input type="text"/> Nächste Untersuchung: Monat Jahr	Die Untersuchung ergab: keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ¹⁾ <input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> befristet bis <input type="text"/> Nächste Untersuchung: Monat Jahr	Die Untersuchung ergab: keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ¹⁾ <input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> befristet bis <input type="text"/> Nächste Untersuchung: Monat Jahr	Die Untersuchung ergab: keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ¹⁾ <input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> befristet bis <input type="text"/> Nächste Untersuchung: Monat Jahr
Bemerkungen ²⁾ :	Bemerkungen ²⁾ :	Bemerkungen ²⁾ :	Bemerkungen ²⁾ :
Stempel und Unterschrift des Arztes	Stempel und Unterschrift des Arztes	Stempel und Unterschrift des Arztes	Stempel und Unterschrift des Arztes
Datum der Bescheinigung: <input type="text"/>	Datum der Bescheinigung: <input type="text"/>	Datum der Bescheinigung: <input type="text"/>	Datum der Bescheinigung: <input type="text"/>

Hinweis für den Arbeitgeber und den Versicherten: Sie sind berechtigt, eine Entscheidung der zuständigen Behörde (in der Regel Gewerbeaufsicht) herbeizuführen, wenn Sie die Bescheinigung für unzutreffend halten.

Hinweis für den Arzt:

¹⁾ Die Bescheinigung darf sich nur auf Befunde aus den angewandten Grundsätzen beziehen. Nebenbefunde sind hier nicht zu berücksichtigen.
²⁾ Bemerkungen: Bitte hier Empfehlungen bei Bedenken, Auflagen, Bedingungen, Gründe für vorzeitige Nachuntersuchung bzw. für befristete Bedenken eintragen. Empfehlungen an den Versicherten hinsichtlich medizinischer Maßnahmen dürfen nur auf der Durchschrift für den Versicherten (Blatt 2) aufgeführt werden.
 Auf die Anzeigepflicht für Ärzte bei begründetem Verdacht des Bestehens einer Berufskrankheit (§ 5 Berufskrankheiten-Verordnung) wird hingewiesen.
 Der Unfallversicherungsträger ist auch in den Fällen zu unterrichten, bei denen die Gefahr des Entstehens, Wiederauflebens oder der Verschlimmerung einer Berufskrankheit im Sinne des § 3 Berufskrankheiten-Verordnung besteht. Dieser Unterrichtung muß der Versicherte zustimmen.

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Ärztliche Bescheinigung

Angaben zur Person der/des Versicherten

Rentenversicherungs-Nr.:	Tag Monat Jahr			
	Geburtsdatum			
Familienname				Vorname
Geburtsname				Geschlecht
Straße/Haus-Nr.				Staatsangeh.
Postleitzahl und Ort				
Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger				
Name				
Straße				
Postleitzahl und Ort				

Vom Arbeitgeber auszufüllen

ANGABEN ZUR BESCHÄFTIGUNG / ZUR UNTERSUCHUNG

Krankenkasse	
Einstellung am	Tag Monat Jahr
Grund der Untersuchung (Gefahrstoffe/gefährdende Tätigkeit)	
Arbeitsbereich	Untersuchung, die der Arbeitgeber zu veranlassen hat <input type="checkbox"/> Untersuchung, die der Arbeitgeber zu veranlassen hat <input type="checkbox"/>
Art der Tätigkeit	
Beginn/Ende dieser Tätigkeit	

ANGABEN ZUR UNTERSUCHUNG

Dieser Bogen kann wiederholt verwendet werden. Auch können die Ergebnisse der Untersuchungen nach verschiedenen Grundsätzen eingetragen werden.

Die Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> nach G <input type="text"/> hat stattgefunden am <input type="text"/> Tag Monat Jahr	Die Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> nach G <input type="text"/> hat stattgefunden am <input type="text"/> Tag Monat Jahr	Die Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> nach G <input type="text"/> hat stattgefunden am <input type="text"/> Tag Monat Jahr	Die Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> nach G <input type="text"/> hat stattgefunden am <input type="text"/> Tag Monat Jahr
Die Untersuchung ergab: keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ¹⁾ <input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> befristet bis <input type="text"/> Nächste Untersuchung: <input type="text"/> Monat Jahr	Die Untersuchung ergab: keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ¹⁾ <input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> befristet bis <input type="text"/> Nächste Untersuchung: <input type="text"/> Monat Jahr	Die Untersuchung ergab: keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ¹⁾ <input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> befristet bis <input type="text"/> Nächste Untersuchung: <input type="text"/> Monat Jahr	Die Untersuchung ergab: keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ¹⁾ <input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> befristet bis <input type="text"/> Nächste Untersuchung: <input type="text"/> Monat Jahr
Bemerkungen ²⁾ :	Bemerkungen ²⁾ :	Bemerkungen ²⁾ :	Bemerkungen ²⁾ :
Stempel und Unterschrift des Arztes	Stempel und Unterschrift des Arztes	Stempel und Unterschrift des Arztes	Stempel und Unterschrift des Arztes
Datum der Bescheinigung: <input type="text"/>	Datum der Bescheinigung: <input type="text"/>	Datum der Bescheinigung: <input type="text"/>	Datum der Bescheinigung: <input type="text"/>

Vom Arzt auszufüllen

Bestell-Nr. BGI/GUV-V 8581

Hinweis für den Arbeitgeber und den Versicherten: Sie sind berechtigt, eine Entscheidung der zuständigen Behörde (in der Regel Gewerbeaufsicht) herbeizuführen, wenn Sie die Bescheinigung für unzutreffend halten.

Hinweis für den Arzt:
¹⁾ Die Bescheinigung darf sich nur auf Befunde aus den angewandten Grundsätzen beziehen. Nebenbefunde sind hier nicht zu berücksichtigen.
²⁾ Bemerkungen: Bitte hier Empfehlungen bei Bedenken, Auflagen, Bedingungen, Gründe für vorzeitige Nachuntersuchung bzw. für befristete Bedenken eintragen. Empfehlungen an den Versicherten hinsichtlich medizinischer Maßnahmen dürfen nur auf der Durchschrift für den Versicherten (Blatt 2) aufgeführt werden.
 Auf die Anzeigepflicht für Ärzte bei begründetem Verdacht des Bestehens einer Berufskrankheit (§ 5 Berufskrankheiten-Verordnung) wird hingewiesen.
 Der Unfallversicherungsträger ist auch in den Fällen zu unterrichten, bei denen die Gefahr des Entstehens, Wiederauflebens oder der Verschlimmerung einer Berufskrankheit im Sinne des § 3 Berufskrankheiten-Verordnung besteht. Dieser Unterrichtung muß der Versicherte zustimmen.

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Ärztliche Bescheinigung

Angaben zur Person der/des Versicherten
Anschrift des Arbeitgebers

Rentenversicherungs-Nr.:	Tag Monat Jahr		
	Geburtsdatum		
Familienname			Vorname
Geburtsname			Geschlecht
Straße/Haus-Nr.			Staatsangeh.
Postleitzahl und Ort			
Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger			
Name			
Straße			
Postleitzahl und Ort			

Vom Arbeitgeber auszufüllen

ANGABEN ZUR BESCHÄFTIGUNG / ZUR UNTERSUCHUNG

Krankenkasse	
Einstellung am	Tag Monat Jahr
Grund der Untersuchung (Gefahrstoffe/gefährdende Tätigkeit)	
Arbeitsbereich	Untersuchung, die der Arbeitgeber zu veranlassen hat <input type="checkbox"/> Untersuchung, die der Arbeitgeber zu veranlassen hat <input type="checkbox"/>
Art der Tätigkeit	
Beginn/Ende dieser Tätigkeit	

ANGABEN ZUR UNTERSUCHUNG

Dieser Bogen kann wiederholt verwendet werden. Auch können die Ergebnisse der Untersuchungen nach verschiedenen Grundsätzen eingetragen werden.

Die Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> nach G <input type="text"/> hat stattgefunden am <input type="text"/> Tag Monat Jahr	Die Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> nach G <input type="text"/> hat stattgefunden am <input type="text"/> Tag Monat Jahr	Die Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> nach G <input type="text"/> hat stattgefunden am <input type="text"/> Tag Monat Jahr	Die Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> nach G <input type="text"/> hat stattgefunden am <input type="text"/> Tag Monat Jahr
Die Untersuchung ergab: keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ¹⁾ <input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> befristet bis <input type="text"/> Nächste Untersuchung: <input type="text"/> Monat Jahr	Die Untersuchung ergab: keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ¹⁾ <input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> befristet bis <input type="text"/> Nächste Untersuchung: <input type="text"/> Monat Jahr	Die Untersuchung ergab: keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ¹⁾ <input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> befristet bis <input type="text"/> Nächste Untersuchung: <input type="text"/> Monat Jahr	Die Untersuchung ergab: keine gesundheitlichen Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen ¹⁾ <input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken ¹⁾ <input type="checkbox"/> befristet bis <input type="text"/> Nächste Untersuchung: <input type="text"/> Monat Jahr
Bemerkungen ²⁾ :	Bemerkungen ²⁾ :	Bemerkungen ²⁾ :	Bemerkungen ²⁾ :
Stempel und Unterschrift des Arztes	Stempel und Unterschrift des Arztes	Stempel und Unterschrift des Arztes	Stempel und Unterschrift des Arztes
Datum der Bescheinigung: <input type="text"/>	Datum der Bescheinigung: <input type="text"/>	Datum der Bescheinigung: <input type="text"/>	Datum der Bescheinigung: <input type="text"/>

Vom Arzt auszufüllen

Bestell-Nr. BGI/GUV-V 8581

Hinweis für den Arbeitgeber und den Versicherten: Sie sind berechtigt, eine Entscheidung der zuständigen Behörde (in der Regel Gewerbeaufsicht) herbeizuführen, wenn Sie die Bescheinigung für unzutreffend halten.

Hinweis für den Arzt:
¹⁾ Die Bescheinigung darf sich nur auf Befunde aus den angewandten Grundsätzen beziehen. Nebenbefunde sind hier nicht zu berücksichtigen.
²⁾ Bemerkungen: Bitte hier Empfehlungen bei Bedenken, Auflagen, Bedingungen, Gründe für vorzeitige Nachuntersuchung bzw. für befristete Bedenken eintragen. Empfehlungen an den Versicherten hinsichtlich medizinischer Maßnahmen dürfen nur auf der Durchschrift für den Versicherten (Blatt 2) aufgeführt werden.
 Auf die Anzeigepflicht für Ärzte bei begründetem Verdacht des Bestehens einer Berufskrankheit (§ 5 Berufskrankheiten-Verordnung) wird hingewiesen.
 Der Unfallversicherungsträger ist auch in den Fällen zu unterrichten, bei denen die Gefahr des Entstehens, Wiederauflebens oder der Verschlimmerung einer Berufskrankheit im Sinne des § 3 Berufskrankheiten-Verordnung besteht. Dieser Unterrichtung muß der Versicherte zustimmen.