

## Anmeldung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge

### Arbeitsmedizin Harburg

Dr. Monika Wede

Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Fachärztin für Arbeitsmedizin  
Akupunktur, Palliativmedizin  
Hainholzweg 67, 21077 Hamburg  
Tel.: 040 - 7 90 57 67  
Fax.: 040 - 7 90 73 55

Name des Mitarbeiters	Tätigkeit	Pflicht- vorsorge	Eignung	Angebots- vorsorge	Wunsch- vorsorge

Hiermit erteile ich der o.g. Praxis den Auftrag, die in der Tabelle angeforderten arbeitsmedizinischen Leistungen durchzuführen und sichere die Kostenübernahme dafür gemäß aktueller Preisliste zu.

Firma: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner (Tel./E-Mail): \_\_\_\_\_

Terminvergabe über die Firma / direkt mit dem Mitarbeiter (Tel./E-Mail Mitarbeiter erforderlich)

Weitere Hinweise: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Da wir in Bezug auf die arbeitsmedizinischen Leistungen ausschließlich als Terminpraxis arbeiten, müssen Termine, die nicht eingehalten werden können, spätestens 48 Std. vorher (Sa, So + Feiertage nicht mitgerechnet) schriftlich per Fax abgesagt werden. Sollte dieses nicht erfolgen, stimme ich zu, die vollen Kosten für die angeforderten arbeitsmedizinischen Leistungen laut Preisliste zu übernehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel Auftraggeber

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auftraggeber