

Ich/Wir möchte/n mich/uns über die **UNTERNEHMER/Innen-Grundschulung zur alternativen bedarfsorientierten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung** (gem. DGUV Vorschrift 2 § 2 (4) in Verbindung mit Anlage 3) informieren.

Rückantwort Fax 0 40 . 27 80 63 48

Arbeitsmedizinische und Verkehrsmedizinische  
Untersuchungsstelle / Betriebsarzt - Praxis

**Dr. med. G. Bandomer**  
Mühlenkamp 43  
**22303 Hamburg**

Wir sind ein Unternehmen

- Taxi, Mietwagen
- Krankenbeförderung
- Omnibus-Unternehmen / -Touristik
- andere Branchen .....

zuständige Berufsgenossenschaft (BG ... ):  
.....

BG-Mitgliedsnr. ....

- Untersuchungen zur Fahrerlaubnis (Anlage 5.1 FeV)
- ärztl. Untersuchung des Sehvermögens (Anlage 6.2 FeV)
- Verkehrspsycholog. Leistungstests (Anlage 5.2 FeV)

Erforderl. Arbeitsmedizin. Vorsorgeuntersuchungen:

- G25 Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten
- G37 Bildschirmarbeitsplätze
- .....
- .....

und bitten um

- Information
- Information und Kontaktaufnahme (bitte Tel. angeben, siehe unten) .....
- Mitteilung der Termine für die GRUNDSCHULUNG
- Anmeldebestätigung und Teilnahmebestätigung für den Termin am .....  
(ggf. Teilnahme eine(r)/s weiteren Beschäftigten im Unternehmen)  ja  nein

mit Herrn / Frau

Stempel des Unternehmens

Ansprechpartner/In

---

Herr / Frau

---

Telefon-Nummer

---

ggf. zweite Telefon-Nummer, wenn Anrufbeantworter oder keine Sprechzeit ?

