Arbeitsmedizinische Vorsorge – Vorsorgekartei

**Angaben zur Person der/des Versicherten**

Rentenversicherungs-Nr.:

Familienname:       Vorname:

Geburtsname:       Staatsangehörigkeit:

Anschrift:

**Arbeitgeber**

Mitglieds-Nr. bei der Berufsgenossenschaft:

Name:

Anschrift:

**Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

Krankenkasse:

Einstellung am:       (Tag/Monat/Jahr) ausgeschieden am:       (Tag/Monat/Jahr)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gefahrstoff oder gefährdende Tätigkeit:      | Gefahrstoff oder gefährdende Tätigkeit:      | Gefahrstoff oder gefährdende Tätigkeit:      |
| Arbeitsbereich oder Art der Tätigkeit:      | Arbeitsbereich oder Art der Tätigkeit:      | Arbeitsbereich oder Art der Tätigkeit:      |
| Beginn/Ende dieser Tätigkeit:      | Beginn/Ende dieser Tätigkeit:      | Beginn/Ende dieser Tätigkeit:      |

**Angaben zu früheren Beschäftigungsverhältnissen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gefahrstoff oder gefährdende Tätigkeit:      | Gefahrstoff oder gefährdende Tätigkeit:      | Gefahrstoff oder gefährdende Tätigkeit:      |
| Arbeitsbereich oder Art der Tätigkeit:      | Arbeitsbereich oder Art der Tätigkeit:      | Arbeitsbereich oder Art der Tätigkeit:      |
| Beginn/Ende dieser Tätigkeit:      | Beginn/Ende dieser Tätigkeit:      | Beginn/Ende dieser Tätigkeit:      |

**Angaben zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Unter-suchungs-datum | Pflicht-vorsorge | Angebots-vorsorge | Grund-satz | Nächster Termin | Name und Anschrift des untersuchenden Arztes | Einge-tragen von |
|  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |
|  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |
|  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |
|  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |
|  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |
| Bemerkungen: |