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: | | | | | | |