

# Anmeldeformular für die Arbeitsmedizinische Vorsorge und Gefährdungsbeurteilung

## Betriebsärztlicher Dienst

Fleischmannstr. 42-44  
17475 Greifswald

Tel.: 03834 86 5355

Fax: 03834 86 5352

E-Mail: [aerzte.baed@med.uni-greifswald.de](mailto:aerzte.baed@med.uni-greifswald.de)



<b>Vertrag über:</b>	<input type="checkbox"/> Universitätsmedizin Greifswald	<input type="checkbox"/> Andere
	<input type="checkbox"/> Universität Greifswald	z.B. Doktoranden/ Diplomanden, BFD, ÜFA, Student. Hilfskräfte
Name:	Vorname:	Geb. Datum:
1. Arbeitstag:	Tätigkeit:	
Klinik/Institut:		
Station/Abteilung:		

Für die Entscheidung, welche arbeitsmedizinische Vorsorge nach den gesetzlichen Verpflichtungen (§3 Abs. 1 Nr. 2 ASiG) erforderlich sind, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1.	Arbeitet die Person an einem <b>Bildschirm</b> und ist diese Tätigkeit als <b>bestimmend oder überwiegend</b> anzusehen? (>2h tgl.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.	Umfasst die Tätigkeit den Umgang mit <b>Gefahrenstoffen</b> , bei denen <b>Arbeitsplatzgrenzwerte überschritten</b> werden, <b>oder</b> die <b>hautresorptiv</b> sind? (Erläuterung Seite 2 beachten) Folgende Gefahrstoffe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.	Umfasst die Tätigkeit den Umgang mit <b>kanzerogenen Arbeitsstoffen</b> , bei denen <b>Arbeitsplatzgrenzwerte überschritten</b> werden, <b>oder</b> die <b>hautresorptiv</b> sind? (Seite 2 beachten) Folgende Arbeitsstoffe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.	Arbeitet die Person in Genlaboratorien mit humanpathogenen Erregern der Sicherheitsstufe O S2, O S3 oder O S4?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.	Übt die Person eine gezielte Tätigkeit mit bestimmten Infektionserregern aus? Folgende Infektionserreger:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.	Besteht bei der Ausübung der Tätigkeit eine Infektionsgefährdung durch <input type="checkbox"/> Hepatitis B bzw. <input type="checkbox"/> Hepatitis A-Viren? Falls ja, wird die entsprechende Schutzimpfung vom Betriebsarzt durchgeführt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.	Ist die Person im Klinikbereich pflegerisch bzw. ärztlich tätig oder hat sie Kontakt mit Patienten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.	Liegt eine besondere Gefährdung bzw. Anforderung am Arbeitsplatz vor? <input type="checkbox"/> <b>Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten</b> <input type="checkbox"/> ggf. mit Personenbeförderung <input type="checkbox"/> Atemschutzgeräte <input type="checkbox"/> Schweißrauche <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> <b>Absturzgefahr</b> <input type="checkbox"/> <b>Lärm/Vibration</b> <input type="checkbox"/> <b>Tragen v. Handschuhen/Feuchtarbeit</b> <input type="checkbox"/> Labortierstaub <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9.	Bedingt die Arbeit schweres Tragen oder Heben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Besteht bei der Tätigkeit eine Strahlenexposition nach Kategorie A der Strahlenschutzverordnung? (Unterschrift des Strahlenschutzbeauftragten auf Seite 2 erforderlich) Bei Strahlenexposition nach Kategorie B ist keine Strahlenschutzuntersuchung erforderlich.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11.	Wird die Arbeitszeit überwiegend als Nachtarbeit abgeleistet? (Begriffsbestimmung: Nachtarbeit im Sinne des Gesetzes ist die Zeit von 23 Uhr bis 6 Uhr; Nachtarbeit im Sinne des Gesetzes ist jede Arbeit, die mehr als 2 Stunden der Nachtzeit umfasst; Überwiegend heißt an mindestens 48 Tagen im Kalenderjahr)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Eine Untersuchung beim Betriebsärztlichen Dienst entfällt, wenn alle obigen Fragen mit „nein“ beantwortet wurden.**

## Erläuterungen

zu 2./3.: Es muss sichergestellt sein, dass die Einhaltung der Arbeitsplatzgrenzwerte (AGWs) dauerhaft gewährleistet ist. Im Falle einer Überschreitung ist der zentrale Gefahrstoffbeauftragte zu benachrichtigen. Eine arbeitsmedizinische Untersuchung des Betroffenen ist dann verpflichtend. Eine verpflichtende Untersuchung ergibt sich auch aus dem Umgang mit hautresorptiven Gefahrstoffen/Arbeitsstoffen, sowie kanzerogenen Gefahrstoffen/Arbeitsstoffen.

Gesetzliche Grundlagen bilden die ArbMedVV, Biostoffverordnung (BioStoffV), Gefahrstoffverordnung (GefStoffV), Gentechniksicherheitsverordnung (GenTSV) und Strahlenschutzverordnung (StrlSchV).

Die Personalabteilung und der Mitarbeiter erhalten jeweils eine Bescheinigung vom Betriebsärztlichen Dienst über das Ergebnis der arbeitsmedizinischen Vorsorge zugesandt. Auf diesem Formular ist der Nachsorgetermin vermerkt.

**Für die Wahrnehmung des Nachsorgetermins ist der Arbeitgeber bzw. die Instituts – oder die Klinikleitung verantwortlich.**

Greifswald, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Institutsleiter, Klinikdirektor, Leiter der Einrichtung  
(Unterschrift und Namensstempel, Telefonnr.  
für evtl. Rückfragen)

\_\_\_\_\_  
Strahlenschutzbeauftragter  
(falls unter -10- ja angekreuzt)