

Antrag auf Durchführung von arbeitsmedizinischen (betriebsärztlichen) Vorsorgen und Untersuchungen für Beschäftigte der Universität Rostock (UR)

Bitte **leserlich** ausfüllen und an S41 übersenden. S41 übersendet nach sachlicher Prüfung an Stabsstelle A. Stabsstelle A übersendet, nach Freigabe, zurück an fachvorgesetzte Person. Fachvorgesetzte Person übersendet das ausgefüllte und freigegebene Formular an Betriebsärztlichen Dienst.

An das
Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und
Umweltmedizin
Betriebsärztlicher Dienst
Universitätsmedizin Rostock
Trotzenburger Weg 15
18057 Rostock

Über:
Universität Rostock
S41 Personalservice
Schwaansche Str. 2
18051 Rostock

Terminvereinbarung bitte unter Anmeldung:

Tel.: 0381-494-9973

Fax: 0381-494-9974 oder

betriebsarzt@med.uni-rostock.de

zur Untersuchung sind mitzubringen:

- gültiger Personalausweis
- alle Impfunterlagen (BITTE auch, wenn möglich alte Impfpässe!)
- alle Brillen/Sehhilfen, falls vorhanden

Vorab zuschicken (als Anlagen zu diesem Antrag):

- Gefährdungsbeurteilung
- Tätigkeitsdarstellung bei besonderer Gefährdung

Name, Vorname der/ des Beschäftigten der UR : _____ geb.am: _____

E-Mail: _____ Telefon/Handy: _____

genaue Tätigkeit /Funktion: _____

Einrichtung/Abteilung: _____

Beschäftigung seit bzw. von _____ bis _____ ☐ Neueinstellung

fachvorgesetzte Person (Antragsteller) Name, Vorname: _____

Postadresse der fachvorgesetzten Person: _____

Bei Fragen zum Ausfüllen des Bogens berät Sie der Betriebsärztlichen Dienst oder die Stabsstelle A gerne – auch vorab!

Der Betriebsärztliche Dienst wird beauftragt, folgende ärztliche Untersuchungen bzw. Vorsorge durchzuführen:

☐ **ARBEITSMEDIZINISCHE VORSORGE**, die gemäß der Tätigkeitsbeschreibung bzw. Gefährdungsbeurteilung gesetzlich oder tarifvertraglich zu veranlassen ist, gemäß ArbMedVV, Anhang (nicht abschließend):

☐ **Infektionsgefährdung** gemäß ArbMedVV, Anhang, Teil 2

Beschäftigte, die direkten Patientenkontakt oder Kontakt zu infektiösem Material oder Abfall haben können. Dazu gehören auch z.B. Beschäftigte im Labor, Transport-, Reinigungs-, Küchen-, Wäscherei-, Pförtner- und Wachdienst, Patientenaufnahme sowie Betriebstechniker und Gärtner (sog. gezielte und ungezielte Tätigkeiten mit Infektionserregern).

☐ **Hautbelastende Tätigkeiten/Feuchtarbeit** gemäß ArbMedVV, Anhang, Teil 1

z.B. für Beschäftigte, die häufig ihre Hände waschen oder desinfizieren, die Feuchtarbeiten bzw. stark schmutzende Tätigkeiten ausführen bzw. mit **hautsensibilisierenden Gefahrstoffen** zu tun haben.

☐ **Bildschirmtätigkeit** gemäß Teil 4, Anhang ArbMedVV

☐ **Gefahrstoffe**, gelistet in ArbMedVV, Anhang Teil 1 (1)

bitte z.B. CMR-Gefahrstoffe auflisten: _____

Verpflichtung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge besteht u.a. bei Überschreitung der Arbeitsplatzgrenzwerte, wenn eine wiederholte Exposition nicht ausgeschlossen werden kann und beim Umgang mit hautresorptiven 1A / 1 B Stoffen. Ansonsten besteht ein Vorsorgeangebot beim Umgang z.B. mit kanzerogenen, mutagenen und reproduktionstoxischen Gefahrstoffen (CMR-Gefahrstoffe).

☐ **Aufenthalt im Ausland unter besonderen klimat. u. gesundheitlichen Belastungen**, gemäß ArbMedVV, Anhang, Teil 4

Vorsorge/ reisemedizinische Beratung, ggf. bereits bei der Einstellung, wenn ein späterer Auslandsaufenthalt, z.B. in den Tropen, geplant ist.

Info z.B. per Mail an Betriebsärztlichen Dienst: vorab zuschicken mit den Angaben des genauen Reiseziels (Ort/Land) und der genauen Reisedaten sowie Anlass der Dienstreise (z.B. nur Kongress im Gebäude/Hotel oder vor Ort auch im Außenbereich tätig?). Impfpass bitte digital vorab schicken.

☐ **Lärmbelastung** gemäß ArbMedVV, Anhang, Teil 3

Vorsorgeverpflichtung besteht für Beschäftigte in Arbeitsbereichen, in denen der Tagesexpositionspegel $L_{ex,8h} = 85dB(A)$ überschritten wird.

Vorsorgeangebot besteht bei Überschreiten eines Tagesexpositionspegels $L_{ex,8h} = 80dB(A)$.

☐ **Belastung der Atemwege** gemäß ArbMedVV, Anhang, Teil 1 und Teil 2

z.B. Beschäftigte, die am Arbeitsplatz gegenüber atemwegsensibilisierenden (z.B. behaarte Labortiere, Stäube), chemisch-irritativen oder toxischen Gefahrstoffen exponiert sind, die auf die Atemwege einwirken.

☐ **Tragen von Atemschutzgeräten**, gemäß ArbMedVV, Anhang, Teil 4

Bitte das Atemschutzgerät näher bezeichnen (z.B. Vollschutz, Gerätegruppe 1, 2 oder 3?): _____

☐ **Künstliche optische Strahlung (OStrIV) (P)** bei Grenzwertüberschreitung, siehe Anhang 1 der Richtlinie 2006/25/EG

☐ **Natürliche optische Strahlung (Sonnenstrahlung)** bei Tätigkeiten im Freien mit intensiver Sonnenbestrahlung (sog. „outdoor worker“ wie z.B. Gärtner)

☐ **Sonstige Vorsorge** gemäß ArbMedVV, Anhang:

Gemäß Teil _____ Punkt _____ Ziffer _____

☐ **WUNSCHVORSORGE** nach §5a der ArbMedVV

Art und Anlass: _____

☐ **NACHGEHENDE VORSORGE**, gemäß Anhang der ArbMedVV: z.B. Gefahrstoffe o.ä.

Art und Anlass: _____

☐ **EIGNUNGSBEURTEILUNG:**

☐ **Führen v. Kraftfahrzeugen gemäß Fahrerlaubnisverordnung (FeV) bzw. Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (FzF)**

☐ P-Schein

☐ Erstbewerber

☐ Verlängerung

☐ **Tätigkeiten gemäß der Druckluftverordnung**

☐ **Taucherarbeiten** (ehemals G31.2.) und Arbeiten mit „Überdruck“

☐ **Arbeiten in großer Höhe unter Absturzgefahr** z.B. Beschäftigte, die in der Höhe arbeiten; **Achtung: nur anlassbezogen* bzw. im Arbeitsvertrag vereinbart (entsprechende Dokumente vorlegen, bzw. vorab zusenden)**

☐ **Sonstige Eignungsuntersuchungen** (z. B. Arbeiten in sauerstoffreduzierter Atmosphäre; Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeit); **Achtung: nur anlassbezogen* bzw. im Arbeitsvertrag vereinbart (entsprechende Dokumente vorlegen, bzw. vorab zusenden)**

☐ **UNTERSUCHUNG (Prüfung der Arbeitsfähigkeit/Dienstfähigkeit), weil:**

☐ die Arbeitsfähigkeit vor Arbeitsantritt nach langer Krankheit festgestellt werden soll

☐ berechtigte Zweifel an der Arbeitsfähigkeit der/des Beschäftigten bestehen (bitte erläutern, ggfs. als Anlage):

Rostock, den _____

(Unterschrift und Stempel der fachvorgesetzten Person)

Freigabe durch Stabsstelle A mit Unterschrift und Stempel:

Mitarbeiterin/ Mitarbeiter der Stabsstelle A:

Datum: _____

Unterschrift

*: anlassbezogen:

- z. B. wenn spezielle Kurse den Nachweis einer Tauglichkeit fordern, Kursunterlagen müssen im Vorfeld der Betriebsärztin, dem Betriebsarzt vorgelegt werden
- z.B. bei im Einzelfall auftretenden Gesundheitsbeschwerden des MA bzw. begründete Zweifel des Vorgesetzten an der Tauglichkeit des MA (AG-Fürsorgepflicht), auch dafür muss mit Antragsstellung eine kurze schriftliche Schilderung beigelegt werden