

## Vorsorgebescheinigung

nach § 6 Absatz 3 Nummer 3 der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge

für Herrn/Frau

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

beschäftigt bei

Anschrift des

Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

ggf. Personalnr.: \_\_\_\_\_

Arbeitsmedizinische Vorsorge am: \_\_\_\_\_

Anlass*	Art (Pflicht/Angebot/ Wunsch)	Nächster Termin**
1.		
2.		
...		

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
[ggf. Stempel des  
Arztes oder der Ärztin  
im Sinne des § 7  
ArbMedVV; ggf.  
Zusatz „Im Auftrag“]

\* eindeutige Nennung der Tätigkeit (bei Pflicht/Angebot Anhang ArbMedVV maßgeblich)

\*\* Datum (Monat/ Jahr); n.n. = nicht notwendig