

Antrag auf Kostenübernahme einmalige arbeitsmedizinische Vorsorge

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und senden dieses per Button an die Abteilung B3. Nach Erhalt der Kostenübernahmebestätigung, melden Sie sich bitte bei [medical airport service GmbH](#) zur Terminvergabe an.

Name Vorname Titel
 Geb. Datum Status
 E-Mail
 Telefon dienstlich Telefon privat
 Bereich Einrichtung/Institut
 Straße Nr. PLZ Ort
 Verantwortliche Führungskraft
 E-Mail Telefon dienstlich

Grund der Beantragung (z.B. Masterarbeit, Exkursion, ...):

Augenuntersuchung bei Tätigkeiten an Bildschirmgeräten

Auslandsaufenthalt

Dauer *Land*

Tätigkeiten mit Gefahrstoffen

Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen einschließlich gentechnischen Arbeiten mit humanpathogenen Organismen

Risikogruppe (nach BioStoffVO und GenTSV)

Sicherheitsstufe (nach BioStoffVO und GenTSV)

Tätigkeiten mit physikalischen Einwirkungen (z.B. Hitze, Lärm, Vibration, optische Strahlung / Strahlenexposition (bitte zusätzlich [Anlage 9](#) ausfüllen)

Impfung/Titerkontrolle

	Impfung	Titerkontrolle		Impfung	Titerkontrolle
Tollwut			FSME		
Hepatitis A			Sonstige:		
Hepatitis B					

Labordiagnostik (z.B. Nullwertprobe)

Genaue Beschreibung:

Datum:

Hiermit bestätigen wir Ihnen die Übernahme der Kosten

Hinweis Die Kosten werden ausschließlich für die oben angegebenen Untersuchungen übernommen.

Datum:

Abt. B3 – Sicherheit und Umwelt

oder als pdf-Dokument an
arbmed-vorsorge@admin.uni-giessen.de

PERSÖNLICH