



## Anmeldeformular für die Arbeitsmedizinische Vorsorge und Gefährdungsbeurteilung

Betriebsärztlicher Dienst

Fleischmannstr. 42-44 - 17475 Greifswald - Tel.: 03834 865355 - Fax: 03834 865352 - E-Mail: [aerzte.baed@med.uni-greifswald.de](mailto:aerzte.baed@med.uni-greifswald.de),  
[termine.baed@med.uni-greifswald.de](mailto:termine.baed@med.uni-greifswald.de)

**Vertrag über:**     Universität Greifswald     Andere z.B. Promovierende/ Diplomand\*innen, BFD, ÜFA

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Straße:	Ort:	

1. Arbeitstag:	Tätigkeit:
Einrichtung:	

Für die Entscheidung, welche arbeitsmedizinischen 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 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> 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. Falls ja, wird die entsprechende Schutzimpfung vom Betriebsarzt durchgeführt. <input type="checkbox"/> Hepatitis B bzw. <input type="checkbox"/> Hepatitis A-Viren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.	Ist die Person im Klinikbereich pflegerisch bzw. ärztlich tätig oder hat sie Kontakt mit Personen in Behandlung?	<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. Handschuhe/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, Herr Dr. Ulrich Hasse, zu benachrichtigen. Eine arbeitsmedizinische Untersuchung des\*der 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), Strahlenschutzverordnung (StrlSchV).

Das Referat Personal und der\*die Mitarbeiter\*in erhalten jeweils eine Bescheinigung vom Betriebsärztlichen Dienst über das Ergebnis der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zugesandt. Auf diesem Formular ist der Nachuntersuchungstermin vermerkt.

**Das Referat Personal wird den\*der Mitarbeiter\*in über die unmittelbar vorgesetzte Person zur Wahrnehmung des Nachuntersuchungstermins auffordern.**

Greifswald den, \_\_\_\_\_  
Institutsleiter\*in, Leiter\*in der Einrichtung  
(Unterschrift und Namensstempel)

Greifswald den, \_\_\_\_\_  
Strahlenschutzbeauftragte\*r (falls unter -10- ja angekreuzt)