

Praxis für Arbeitsmedizin  
Hedwig Hedda Skalski  
Zur Großen Halle 19  
06844 Dessau-Roßlau  
[praxis@arbeitsmedizin-dessau.de](mailto:praxis@arbeitsmedizin-dessau.de)  
[dr.skalski@arbeitsmedizin-dessau.de](mailto:dr.skalski@arbeitsmedizin-dessau.de)  
Fax. 0340-240 80 428

Anmeldung / Terminbestätigung  
einer arbeitsmedizinischen Untersuchung / Vorsorge:  
-- Bitte deutlich in Blockschrift schreiben --

Firma Rechnungsanschrift,  
-- falls abweichend von der Firmenadresse --

---

---

---

Ansprechpartner in der Firma:  
Herr / Frau

---

Durchwahl:

---

Folgende Eignungsuntersuchungen / Vorsorgen  
sollen durchgeführt werden:

Eignung(en):

Vorsorge(n):

---

Die Gefährdungsbeurteilung wird mitgeschickt:     ja     nein  
Mitarbeiter: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

---

Private Adresse des Mitarbeiters: -- falls bekannt --  
Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

---

Er/Sie hat einen Termin am:

---

Er/Sie macht mit der Arbeitsmedizinischen Praxis selbst einen Termin aus.

Wird die Untersuchung nicht mind. 24 Std. vor dem ausgemachten Termin abgesagt  
und keine Ersatzperson benannt, dann wird eine Ausfallgebühr von 50 € pro Person berechnet.  
Hiermit wird bestätigt, dass die Kosten für die o.a. Eignungsuntersuchungen/Vorsorgen von unserer  
Firma übernommen werden.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_