

Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung

für Dr.med.univ. Serbaz Inal

Bayerstraße 15, 80335 München

Auftraggeber:

<u>Ansprechpartner / Kostenstelle</u>	<u>Stempel</u>
<u>Tel.:</u>	

Zu untersuchende Person:

<u>Name, Vorname</u>	<u>Geburtsdatum</u>
.....

Untersuchungen (bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/>	G42 (Infektionsgefährdung)	<input type="checkbox"/>	G37 (Bildschirmarbeitsplatz)
<input type="checkbox"/>	G24 (Haut)	<input type="checkbox"/>	G41 (Arbeiten mit Absturzgefahr)
<input type="checkbox"/>	Infektionsschutzbelehrung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit wird bestätigt, dass die Kosten für die o.a. Untersuchung für den Mitarbeiter übernommen werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____