ZAGS®
Prävention für morgen.

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

Hiermit bestätigen wir, die Kosten für die Untersuchung des/der nachfolgend aufgeführten Mitarbeiter zu übernehmen.

Ausfallgebühr für Nichterscheinen bzw. Absage < 24h vor dem Termin in Höhe von 50 % des Untersuchungspreises.

Bei **Kontakt mit Gefahrstoffen** füllen Sie bitte das Blatt 2 aus. Vielen Dank!

Name, Vorname	Untersuchungsdatum	Art der Untersuchung (z.B. G26.3, G42 etc.)

Rechnungsanschrift

Firma:
Straße/ Hausnummer:
PLZ: Ort:

E- Mail für Rechnungsversand

Datum Unterschrift Firmenstempel

ZAGS Zentrum Arbeit und Gesundheit Sachsen GmbH
Fiedlerstraße 4
01307 Dresden

Telefon 0351 440366-0
Telefax 0351 440366-18
www.zags-dresden.de

Geschäftsführer
Dr. med. Christiane Winkler
Dr. med. Guido Prodehl
Dr. med. Sandra Kemper

Amtsgericht Dresden
HRB 33658
USt.-IdNr.:
DE296348095

Ostsächsische Sparkasse Dresden
IBAN: DE28 8505 0300 0221 0739 49
BIC: OSDDDE81XXX

Bitte füllen Sie dieses Blatt aus, wenn Kontakt zu Gefahrstoffen besteht! Unterstützung kann Ihnen die zuständige Sicherheitsfachkraft geben.

AMR Nr. 3.1 "Erforderliche Auskünfte/Informationsbeschaffung über die Arbeitsplatzverhältnisse"

– Bek. d. BMAS v. 02.12.2013 – IIIb1-36628-1/34 –

Mitarbeiter (Name, Vorname, Geb.datum)	
Vorgesehene Vorsorge bzw. Bezeichnung der verwendeten Gefahrstoffe (z.B. Nickel in Schweißrauchen, Bleistäube im Recycling etc.)	
Konkrete Arbeitsaufgabe(n) und Häufigkeit (z.B. tägliches Schweißen von 4 Std. u.a.)	
Messprotokolle (fakultativ)	Bitte als PDF anfügen oder als Kopie mitgeben.
Technischer Arbeitsschutz (z.B. Absaugung)	
Organisatorische Arbeitsschutz-maßnahmen (z.B. Rotation, zeitliche Begrenzung)	
Persönliche Arbeitsschutz-maßnahmen (z. B. Frischlufthelm, P2-Maske, Handschuhe)	
Letzte jährliche Unterweisung (Monat/Jahr)	