

Bitte ausgefüllt der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter zur Vorsorge mitgeben.

Frau/Herr \_\_\_\_\_ ist in unserer Einrichtung  
als \_\_\_\_\_ beschäftigt.

**Wir beauftragen Sie mit der Durchführung einer arbeitsmedizinischen Vorsorge\*:**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Infektionsgefährdung**

Infektionsschutz vorschulische Kinderbetreuung inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (MMR, Windpocken, Keuchhusten)

mit regelmäßigem Windelwechsel (zusätzlich Hep. A)

im Waldkindergarten (zusätzlich FMSE in Endemiegebieten)

Betreuung eines mit Hep. B infizierten Kindes (zusätzlich Hep B)

Infektionsschutz stationäre/ambulante Pflege von Erwachsenen inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (u. a. Hep. A, Hep. B und ggf. Untersuchung zu Hep. C)

Infektionsschutz stationäre/ambulante Pflege von Kindern inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (u. a. Hep. A, Hep. B und ggf. Untersuchung zu Hep. C, MMR, Keuchhusten, Windpocken)

Infektionsschutz Grünpflege/Friedhof/Forst inkl. ggf. Impfangebot und Impfung

längere Tätigkeiten im Freien (zusätzlich FSME in Endemiegebieten)

bei direktem Kontakt zu Verstorbenen (zusätzlich Hep. A, Hep. B)

**Impfangebot und Impfung für Lehrer\*innen, Pastoren\*innen, Pfarrer\*innen und Diakone\*innen,**  
die regelmäßig Kontakt zu Kindern und Jugendlichen haben (MMR und Windpocken)

**Muskel-Skelett-Belastung (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)**

**Ganzkörpervibrationen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)**

**Hand-Arm-Vibrationen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)**

**Arbeiten im Lärm**

Beurteilungspegel > 80 dB(A) gemittelt über 8 Std. pro Tag

Beurteilungspegel > 85 dB(A) gemittelt über 8 Std. pro Tag

**Feuchtarbeit**

Feuchtarbeit > 2 Std. pro Tag

Feuchtarbeit > 4 Std. pro Tag

**Bildschirmtätigkeit**

**Vorsorge Tätigkeiten im Ausland inkl. ggf. Impfangebot und Impfung**

Zielland: \_\_\_\_\_ Aufenthaltsdauer: \_\_\_\_\_

**Intensive Belastung durch natürliche UV-Strahlung (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)**

**Untersuchung für gefährliche Baumarbeiten**

**Arbeitsmedizinische Vorsorge, die auf Grund der Gefährdungsbeurteilung angeboten werden muss:**

(konkrete Gefährdung angeben, z. B. Umgang mit Gefahrstoffen, Infektionsgefahr durch eine Pandemie)

\* Eine ausführliche Beschreibung der zu beauftragenden Leistungen finden Sie im Leitfaden

**Untersuchung/Beratung bei Beschwerden mit direktem Bezug zur Tätigkeit (Wunschvorsorge)**

---

**Wir beauftragen Sie mit der Durchführung einer Untersuchung\*:**

**Mutterschutzuntersuchung für Schwangere mit infektionsgefährdenden Tätigkeiten**

**Untersuchung/Beratung nach Langzeiterkrankung/mit Schwerbehinderung  
(unter Vorlage einer Fragestellung und Arbeitsplatzbeschreibung)**

**Jugendarbeitsschutzuntersuchung**

**Wir beauftragen Sie mit einer kostenpflichtigen Zusatzleistung\*:**

---

Bitte Zusatzleistung beschreiben (z. B. Einstellungs-, Eignungs-, personal-,  
beamtenrechtliche Untersuchungen, Begutachtung zur Erwerbsfähigkeit)

Auftraggeber: \_\_\_\_\_

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

z. Hd. Frau/Herr: \_\_\_\_\_

Telefonnummern bei Rückfragen: \_\_\_\_\_

**Unsere Einrichtung gehört zu folgender Landeskirche:**

Ev. Landeskirche Anhalts

Ev. Landeskirche in Baden

Ev.-Luth. Kirche in Bayern

Ev. Kirche in Berlin-Brandenburg-  
schlesische Oberlausitz

Ev.-luth. Landeskirche in Braunschweig

Bremische Evangelische Kirche

Ev.-luth. Landeskirche Hannovers

Ev. Kirche in Hessen und Nassau

Ev. Kirche von Kurhessen-Waldeck

Lippische Landeskirche

Ev. Kirche in Mitteldeutschland

Ev.-Luth. Kirche in Norddeutschland

Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg

Ev. Kirche der Pfalz

Ev.-reformierte Kirche

Ev. Kirche im Rheinland

Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens

Ev.-Luth. Landeskirche Schaumburg-Lippe

Ev. Kirche von Westfalen

Ev. Landeskirche in Württemberg

Ev. Brüder-Unität

Einrichtung und Werke der EKD, VELKD oder UEK

SELK

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Arbeitgebers, Stempel

---

\* Eine ausführliche Beschreibung der zu beauftragenden Leistungen finden Sie im Leitfaden