

**Untersuchungsauftrag für die Arbeitsmedizinische  
Vorsorgeuntersuchung nach §6 Abs. 3 ArbMedVV**

**Arbeitnehmer/Versicherter**

<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Strasse und Hausnr.</b>	
<b>Postleitzahl und Ort</b>	

**Unternehmen**

<b>Name des Unternehmers</b>	
<b>Strasse und Hausnr.</b>	
<b>Postleitzahl und Ort</b>	

**Benötigte Arbeitsmedizinische Untersuchung**

--

Hiermit erteilen wir einen verbindlichen Auftrag für die Arbeitsmedizinische Untersuchung nach §6 Abs. 3 ArbMedVV.

Unterschrift (Stempel) des Auftraggebers