*Firmenname*

*Firmenanschrift*

*Kontaktdaten des Verantwortlichen*

*Datum*

**Angebot arbeitsmedizinischer Vorsorge entsprechend AMR 5.1**

Sehr geehrte/r Frau/Herr …,

Ihre Gesundheit insbesondere am Arbeitsplatz ist uns wichtig. Im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung für Ihren Arbeitsplatz haben wir Gefährdungen festgestellt, die ihre Gesundheit gefährden können. Deshalb bin ich/sind wir nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) gesetzlich verpflichtet, Ihnen eine arbeitsmedizinische Vorsorge nach dem Anhang zu dieser Verordnung anzubieten.

Folgende Angebotsvorsorgen möchte ich Ihnen anbieten:

* Tätigkeiten mit Getreide- und Futtermittelstäuben
* Tätigkeiten mit Mehlstaub
* Tätigkeiten mit Feuchtarbeit / Hautkontakt mit hautgefährdenden oder hautresorptiven Stoffen (siehe TRGS 401)
* Tätigkeiten im Lärm
* Tätigkeiten mit erhöhten Belastungen für das Muskel- und Skelettsystem
* Tätigkeiten im Freien mit intensiver Belastung durch natürliche UV-Strahlung
* Tätigkeit an Bildschirmgeräten
* Sonstige

Ich sichere Ihnen ausdrücklich zu, dass Ihnen weder durch die Annahme noch durch die Ablehnung der Angebotsvorsorge Nachteile entstehen. Durch ihre Teilnahme an der arbeitsmedizinischen Vorsorge können mögliche arbeitsbedingte Erkrankungen einschließlich Berufserkrankungen verhütet oder frühzeitig erkannt werden.

Die Vorsorge ist für Sie kostenfrei und erfolgt in der Regel innerhalb Ihrer Arbeitszeit

Es gilt die ärztliche Schweigepflicht. Ich erhalte vom Arzt/der Ärztin lediglich eine Bescheinigung, dass Sie teilgenommen haben (Vorsorgebescheinigung)

Sie erhalten vom Arzt/der Ärztin ebenfalls eine Vorsorgebescheinigung.

Ihr/e zuständiger Betriebsarzt/zuständige Betriebsärztin ist:

Datum: Unterschrift: