

Praxis  
Muster-Zahnarztpraxis  
Musterstraße XX  
XXXXXX Musterstadt

**Personenbezogene Festlegung der arbeitsmedizinischen Vorsorge**

Durchführung der arbeitsmedizinischen Vorsorge durch einen Arzt oder eine Ärztin, der/die berechtigt ist, die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ zu führen.

Folgende Beschäftigte der Praxis unterliegen der arbeitsmedizinischen Vorsorge:

Nachname	Vorname	Datum der Festlegung	G42-Vorsorge Pflichtvorsorge	Ggf. G24-Vorsorge Angebotsvorsorge	Ggf. G24-Vorsorge Pflichtvorsorge	G37-Vorsorge Angebotsvorsorge	Bemerkung	Unterschrift Mitarbeiter/in
Mustermann	Sabine	25.07.2023	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Keine Feuchtarbeit gemäß TRGS 401, da die Mitarbeiterin maximal 4 Mal pro Arbeitstag tätigkeitsbedingt Hände waschen muss	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Hinweis: Dokumentation der arbeitsmedizinischen Vorsorge in einer **Vorsorgekartei**.