

**Angebot zur Angebotsvorsorgeuntersuchung G 26 – Atemschutzgeräte der Gruppe 1 (FFP 2 oder FFP 3 Masken) gemäß § 5 Abs. 1 der ArbMedVV (Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge)**

Firma (Stempel)

Sehr geehrte Frau (oder)  
Sehr geehrter Herr

nach dem Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung für Ihren Arbeitsplatz bin ich nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge gesetzlich verpflichtet, Ihnen eine arbeitsmedizinische Vorsorge nach dem Anhang zu dieser Verordnung anzubieten (§ 5 Absatz 1 in Verbindung mit dem Anhang der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV)).

An Ihrem Arbeitsplatz (Desinfektionsplatz, Umgang mit Gefahrstoffen, Reinigungsarbeiten) ist das Tragen von Schutzhandschuhen vorgeschrieben (Anhang Teil 4 Absatz 2 ArbMedVV).

Ich sichere Ihnen ausdrücklich zu, dass für Sie weder durch die Annahme noch durch die Ablehnung der Angebotsvorsorge Nachteile entstehen.

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

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

**Betriebsarzt oder arbeitsmedizinischer Dienst ist:**

Für einen Vorsorgetermin bei dem vorgenannten Betriebsarzt setzen Sie sich bitte zeitnah

telefonisch unter:

mit diesem in Verbindung.

**Datum:**

**Unterschrift des Arbeitgebers**