

Auftraggeber

Firmenname

Ansprechpartner

Straße

PLZ und Ort

Telefonnummer

eMail



KÖLNER ZENTRUM FÜR ARBEITSMEDIZIN E.V.

Venloer Str. 474
50825 Köln
Telefon: 02 21/4 73 20-0
Telefax: 02 21/4 73 20-32

Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung für arbeitsmedizinische Leistungen

Hiermit beauftrage/n ich/wir das Kölner Zentrum für Arbeitsmedizin e.V. mit der Durchführung der nachfolgend aufgeführten arbeitsmedizinischen Untersuchung(en) bei der/den folgenden Person/en:

Untersuchung	Name, Vorname	vereinbartes Untersuchungsdatum
Untersuchung	Name, Vorname	vereinbartes Untersuchungsdatum
Untersuchung	Name, Vorname	vereinbartes Untersuchungsdatum
Untersuchung	Name, Vorname	vereinbartes Untersuchungsdatum
Untersuchung	Name, Vorname	vereinbartes Untersuchungsdatum

Ausfallpauschale für nicht fristgerecht abgesagte Untersuchungstermine im Kölner Zentrum für Arbeitsmedizin e.V.

Generell gilt für alle vereinbarten und eingeplanten Leistungen, dass Terminabsprachen verbindlich und damit einzuhalten sind. Absagen sind nur aus besonderen Gründen möglich. Sie müssen bei Untersuchungen **mindestens zwei Werktagen** vor dem geplanten Termin erfolgen (d.h. telefonische oder schriftliche Absage bis spätestens Mittwoch für einen Termin am folgenden Montag). Andernfalls muss die ausgefallene Leistung in Höhe der Kosten für den vorgesehenen Untersuchungsanlass in Rechnung gestellt werden.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten und unterschriebenen Untersuchungsauftrag per Mail an die folgende Adresse: **anmeldung@arbeitsmedizin-koeln.de**

Datum

Unterschrift