

## Auftraggeber

_____
Firmenname
_____
_____
Ansprechpartner
_____
Straße
_____
PLZ und Ort
_____
Telefonnummer
_____
eMail



**KÖLNER ZENTRUM  
FÜR ARBEITSMEDIZIN E.V.**

Venloer Str. 474  
50825 Köln

Telefon 0221 / 47 32 00

[anmeldung@arbeitsmedizin-koeln.de](mailto:anmeldung@arbeitsmedizin-koeln.de)

## 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.

Wir weisen darauf hin, dass gute deutsche Sprachkenntnisse Ihres Beschäftigten Voraussetzung für die Durchführung der erbetenen arbeitsmedizinischen Untersuchungen sind. Ist dies nicht gegeben, muss ein Dolmetscher von Ihnen organisiert werden und bei dem vereinbarten Termin anwesend sein. Bei unzureichendem Sprachverständnis Ihres Beschäftigten behalten wir uns ansonsten vor, dass eine Untersuchung kostenpflichtig abgelehnt wird!

Eine Tätigkeitsbeschreibung ist zu dem Termin mitzubringen oder kann uns vorab zugeschickt werden.

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