

## 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/Impfungen

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

Untersuchung/Impfung	Name, Vorname	vereinbartes Untersuchungs-/Impfdatum
Untersuchung/Impfung	Name, Vorname	vereinbartes Untersuchungs-/Impfdatum
Untersuchung/Impfung	Name, Vorname	vereinbartes Untersuchungs-/Impfdatum
Untersuchung/Impfung	Name, Vorname	vereinbartes Untersuchungs-/Impfdatum

Sollte der **Rechnungsempfänger** von den o. g. Daten abweichen, geben Sie ihn bitte hier an:

Firma
Straße
PLZ und Ort

### 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)**

Datum

Unterschrift