



**Sanitätsunterstützungszentrum Cochem
Betriebsarztgruppe Idar-Oberstein
- Leiterin-**

Betriebsarztgruppe, Am Rilchenberg 2a, 55743 Idar-Oberstein

Betriebsarztgruppe Idar-Oberstein
Klotzbergkaserne- Geb. A3
Am Rilchenberg 2a
55743 Idar-Oberstein

Telefon: 0151 52469011 / 0175 2655700

E-Mail: ArztGrpBetrMedIdarOberstein@bundeswehr.org

Aktenzeichen

Bearbeiter/-in
OSA Dr. J. Schmitt

Telefon
0175 2655700

Datum

**Betreff: Einwilligung in medizinische Untersuchungen zum Zwecke der
Arbeitsmedizinischen Vorsorge**

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte,

im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsmedizinischen Vorsorge nach ArbMedVV werden verschiedene medizinische Untersuchungen angeboten. Diese sind freiwillig und haben keinen Einfluss auf die individuelle Eignung Ihres Kindes.

Sie dienen lediglich als Grundlage zur individuellen Beratung und als mögliche Grundlage, sollte es im Laufe des Berufslebens zu medizinischen Veränderungen/ Einschränkungen kommen, um diese zeitlich eingrenzen bzw. einen Ausgangswert abzubilden.

Alle Ergebnisse und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben oder zu anderen als den oben genannten Zwecken herangezogen.

Da Ihr Kind noch nicht volljährig ist, bitten wir hiermit um Ausfüllen der Einverständniserklärung. Sie können hierbei Untersuchungen einzeln zustimmen oder diese ablehnen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Janine Schmitt
Fachärztin für Arbeitsmedizin
Leiterin Betriebsarztgruppe Idar-Oberstein



**Sanitätsunterstützungszentrum Cochem
Betriebsarztgruppe Idar-Oberstein
- Leiterin-**

Betriebsarztgruppe, Am Rilchenberg 2a, 55743 Idar-Oberstein

Betriebsarztgruppe Idar-Oberstein
Klotzbergkaserne- Geb. A3
Am Rilchenberg 2a
55743 Idar-Oberstein

Telefon: 0151 52469011 / 0175 2655700

E-Mail: ArztGrpBetrMedIdarOberstein@bundeswehr.org

**Einwilligung in medizinische Untersuchungen zum Zwecke der
Arbeitsmedizinischen Vorsorge**

Name des/r Minderjährigen:

Geburtsdatum:

Name des sorgeberechtigten Elternteils:

Folgende Untersuchungen werden für Ihr Kind angeboten. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, ob Sie dieser zustimmen oder die Untersuchung ablehnen:

	Zustimmung	Ablehnung
Hörtest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehtest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperl. Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenfunktionstest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgen Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutentnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum:

Unterschrift: