

# Anmeldeformular - Betriebsärzte in Brandenburg

☐ Erstantrag

☐ Änderungsanzeige

Anrede:

Titel:

Name:

Vorname:

Facharztbezeichnung(en):

Zusatzbezeichnung(en):

## **Dienstsitz:**

PLZ:

Ort:

Straße:

Telefon:

E-Mail:

Telefax:

Internet:

## **Schwerpunkte der betriebsärztlichen Tätigkeit**

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                          |                              |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsmedizinische Vorsorgen       |                                                                                                                                                                                                                          |                              |
| <input type="checkbox"/> Eignungsuntersuchungen              | <input type="checkbox"/> FEV<br><input type="checkbox"/> Sehvermögen nach Anl.6<br><input type="checkbox"/> Psychometrie nach Anl.5<br><input type="checkbox"/> Atemschutz<br><input type="checkbox"/> Hörentauglichkeit | weitere Angaben <sup>1</sup> |
| <input type="checkbox"/> Ermächtigungen                      | <input type="checkbox"/> StrlSchV<br><input type="checkbox"/> DruckLV                                                                                                                                                    |                              |
| <input type="checkbox"/> Betriebliches Gesundheitsmanagement | <input type="checkbox"/> BEM<br><input type="checkbox"/> BGF                                                                                                                                                             |                              |
| <input type="checkbox"/> Weitere Qualifikationen             | <input type="checkbox"/> QM-Zertifizierung<br><input type="checkbox"/> Weiterbildungsbefugnis<br><input type="checkbox"/> Impfstelle                                                                                     | weitere Angaben              |

**Eintrag unter dem Link: <https://lavg.brandenburg.de/arbeitsschutz/betriebsaerzte>**

☐ Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Ich willige ein, dass die von mir angegebenen personenbezogenen Daten gemäß Art. 6 DSGVO für den Zweck der **Veröffentlichung in der Betriebsärztdatenbank Brandenburg** erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Senden an:

Landesamt für Arbeitsschutz

Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)

- Gewerbeärztlicher Dienst -

PF 90 02 36

14438 Potsdam

**Fax: 0331 27548-1805**

**E-Mail: [Arbeitsmedizin@LAVG.Brandenburg.de](mailto:Arbeitsmedizin@LAVG.Brandenburg.de)**

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift/Stempel

<sup>1</sup> z. B. Tauchtauglichkeit – GTÜM, TfV, BinSchPersV, VDV-Schrift, Begaser-Eignung