

Anmeldeformular - Betriebsärzte in BrandenburgEintrag unter dem Link: <https://lavg.brandenburg.de/arbeitsschutz/betriebsaerzte>

Bitte tragen Sie Ihre Daten am Bildschirm ein und senden das ausgedruckte und unterschriebene Datenblatt per Post, E-Mail oder FAX an die unten stehende Adresse.

Anrede		Titel	
Vorname			
Name			
Fachgebiet(e)			
Zusatzbez.(en)			
Dienstsitz			
Straße			
PLZ Ort			
Telefonnummer		Telefaxnummer	
E-Mail		Internet	

Schwerpunkte der betriebsärztlichen Tätigkeit	<input type="checkbox"/> DruckLV	<input type="checkbox"/> Lärm
(Bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> StrlSchV	<input type="checkbox"/> FeV (Sehvermögen) Anl.6 - 2.1.
	<input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplätze	<input type="checkbox"/> FeV (Psychometrie) Anl.5 Nr.2
	<input type="checkbox"/> Begaseruntersuchungen	<input type="checkbox"/> Weiterbildungsbefugnis
	<input type="checkbox"/> Atemschutzgeräte	<input type="checkbox"/>
Qualitätsmanagement zertifiziert : <input type="checkbox"/>	durch:	bis:

Nur zu internen Zwecken

Bemerkungen	
Geburtsdatum	

Landesamt für Arbeitsschutz
 Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)
 - Gewerbeärztlicher Dienst -
 PF 90 02 36
 14438 Potsdam

Fax: 0331 27548-1805
E-Mail: LAVG.Arbeitsmedizin@LAVG.Brandenburg.de

 Datum/Unterschrift/Stempel