



ARBEITS
BETRIEBS
MEDIZIN

BAZ Dr. Doht
Westerfeldstraße 50A
33611 Bielefeld

Tel. 0521 / 54 37 84 59
Fax 0521 / 54 37 81 72

Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung

Name Auftraggeber

ggf. Ansprechpartner

Adresse Auftraggeber

Telefonnummer

Hiermit beauftrage ich das Betriebsarztzentrum zur Durchführung folgender arbeitsmedizinischer Leistung/en:

für die zu untersuchende Person

Name, Vorname, Geburtsdatum

ggf. spezielle Fragestellung, Hinweise

Die hierbei entstehenden Kosten werde ich übernehmen. Termine, die ich nicht einhalte oder mind. 24 Stunden vorher Absage, werden mir mit einer Kostenpauschale von € 50,- in Rechnung gestellt.

Datum

Unterschrift / Stempel

Bitte ausgefüllt zurücksenden per Brief, Mail oder Fax.