

**Thüringer Landesamt für
Verbraucherschutz (TLV)-
Regionalinspektion Ostthüringen
Otto-Dix-Str. 9
07548 Gera
E-Mail: as-ost@tlv.thueringen.de**

Antrag auf Ausnahme zur Beauftragung von
Ärztinnen und Ärzten mit der Durchführung der
arbeitsmedizinischen Vorsorge gemäß § 7 Abs. 2
Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge
(ArbMedVV)

| 1. Angaben zum Betrieb | |
|------------------------|--------------------|
| Name | |
| Anschrift | Straße, Hausnummer |
| | PLZ, Ort |
| Telefonnummer | |

| 2. Angaben zum/zur Arzt/Ärztin | |
|--|---|
| Vor- und Zuname | des/der zu beauftragenden Arztes/Ärztin |
| Anschrift der Praxis | Straße, Hausnummer |
| | PLZ, Ort |
| Telefonnummer | |
| Betreuungsverhältnis seit | |
| Bereits im Betrieb wahrgenommene Aufgaben | |

| 3. Art der Gefährdungen nach Gefährdungsbeurteilung / Vorsorgeanlässe gemäß Anhang ArbMedVV |
|---|
| |

| 4. Begründung des Antrages |
|----------------------------|
| |

| | |
|------------|---|
| Ort, Datum | Rechtsverbindliche Unterschrift des Betriebsinhabers/ Geschäftsführers/der bevollmächtigten Person |
|------------|---|