

Kostenübernahme

Auftraggeber:

Auftraggeber:	Stempel:
Ansprechpartner:	
Adresse 1:	
Adresse 2:	
PLZ / Ort:	

Hiermit beauftrage ich Dr. Tobias Weber mit der Durchführung der nachfolgenden angekreuzten Untersuchung/en für die unten genannte Person. Die Leistungsbeschreibung habe ich der Preisliste auf der Homepage der Praxis (www.praxis-am-westkreuz.de) bzw. einer aktuellen offline Version entnommen. Mit dem in der Preisliste aufgeführten Honorar bin ich einverstanden.

Zu untersuchende Person:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
-------	----------	---------------

<input type="checkbox"/>	G 20.1 (Lärm)
<input type="checkbox"/>	G 24 (Haut)
<input type="checkbox"/>	G 25 (Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten)
<input type="checkbox"/>	G 26.3 (Atemschutzgeräte)
<input type="checkbox"/>	G 35 (Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen)
<input type="checkbox"/>	G 37 (Bildschirmarbeitsplatz)
<input type="checkbox"/>	G 42 (Infektionsgefährdung)
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Ort und Datum

Unterschrift