

FÜR DEN ARBEITGEBER

Arbeitsmedizinische Untersuchung

Angaben zur Person des Versicherten:

Familiennamen:	Zanger	Name:	Hans Zanger
Vorname:	Benjamin	Absturzversicherung	
Geburtsdatum:	12.06.1985	Straße, Hausnr:	Heckenackerweg 4
Geburtsname:		PLZ, Ort:	74523, Schwäbisch Hall
Personalnummer:			
Straße, Hausnr:	Höhweg 8		
PLZ, Ort:	74523, Schwäbisch Hall		

Anschrift des Arbeitgebers:

Untersuchungen:

Untersuchung	Untersuchungsart	Datum	Bemerkung	Nachuntersuchungstermin	Ergebnis
Absturzgefahr	Eignung	25.07.2016		25.07.2019	keine Bedenken

A&A ARBEITSSCHUTZ GMBH
Weinbrennenweg 2
74523 Schwäbisch Hall

Tel.: 0791-42210
Fax: 0791-49389984

A & A ARBEITSSCHUTZ GMBH

ARBEITSMEDIZIN, ARBEITSSICHERHEIT UND DATENSCHUTZ

25.07.2016
Datum
Tamara Tezlow
Betriebsärztin

A & A Arbeitsschutz GmbH
Kölner Straße 76
41812 Erkelenz

Hinweis für den Versicherten: Sie sind berechtigt, eine Entscheidung Ihrer Berufsgenossenschaft (bei Untersuchungen aufgrund von Unfallverhütungsvorschriften) oder zuständigen Behörde (bei Untersuchungen aufgrund von staatlichen Rechtsvorschriften) - in der Regel Gewerbeaufsicht) herbeizuführen, wenn Sie die Bescheinigung für unzutreffend halten.