



**Informationen Auftraggeber**

Name des Unternehmens

Adresse (bei mehreren Standorten bitte  
alle angeben, die betreut werden sollen)

Ansprechpartner

Mail

Telefonnummer

Berufsgenossenschaft/ Unfallkasse

WZ Code/ Schlüssel \*

Gefahrengruppe

Gruppe 1: 2,5 Stunden  
(davon 0,5 Stunden Betriebsarzt)

Gruppe 2: 1,5 Stunden  
(davon 0,3 Stunden Betriebsarzt)

Gruppe 3: 0,5 Stunden  
(davon 0,2 Stunden Betriebsarzt)

Anzahl Beschäftigte > 30 Stunden/W

Anzahl Beschäftigte 20-30 Stunden/W

Anzahl Beschäftigte < 20 Stunden/W

Beginn der Betreuung gewünscht ab

Gewünschte Betreuungsform

(gerne kann auch ein Angebot für  
Stundensatz und Pauschale gemacht  
werden/ Unternehmermodell nur nach  
entsprechender Schulung des  
Unternehmers durch die BG möglich)

Unternehmermodell

Stundensatz (nach Aufwand)

Pauschale (inklusive Vorsorgen/

Eignungsuntersuchungen nach  
Auswahl auf nächster Seite)



Tätigkeiten/ mögliche Gefährdungen  
(Mehrfachnennung ist möglich)

Büro und/oder Bildschirmarbeit  
Infektionsgefährdung  
Lärm  
Auslandstätigkeit mit Gefährdung  
Hautgefährdung durch Feuchtarbeit  
Hautgefährdung durch UV/ Sonne  
Haut- oder Atemwegssensibilisierung  
Muskel-Skelett Belastung  
Vibration  
Staub  
Fasern (Asbest, KMF)  
Tragen von Atemschutz Gruppe 1  
Tragen von Atemschutz Gruppe 2  
Tragen von Atemschutz Gruppe 3  
Fahr- und Steuertätigkeiten  
Absturzgefährdung  
Umgang mit folgenden Gefahrstoffen

Sonstige Gefährdungen:

Raum vorhanden für Vorsorgen/  
Untersuchungen im Unternehmen

Ja  
Nein

Bemerkungen (optional)

\* siehe [DGUV V2, Anlage 2](#) oder über Berufsgenossenschaft erfragen