

## Vorsorgebescheinigung

nach § 6 Absatz 3 Nummer 3 der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (für Beschäftigte, die eine Angebotsvorsorge für spezielle Sehhilfen von einem / einer frei wählbaren Augenarzt / Augenärztin erhalten).

Hinweis: Diese Vorsorgebescheinigung bitte in zweifacher Ausführung zur Verfügung stellen. Die Betriebsärzte / Betriebsärztinnen des arbeitsmedizinischen Dienstes bei Performa Nord nutzen eigene Vorsorgebescheinigungen.

für Herrn/Frau

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

beschäftigt bei

Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Personalnr.: \_\_\_\_\_

Arbeitsmedizinische Vorsorge am: \_\_\_\_\_

Anlass	Art der Vorsorge	Nächster Termin
Tätigkeit an Bildschirmgeräten	<input type="checkbox"/> Angebotsvorsorge <input type="checkbox"/> Wunschvorsorge	<input type="checkbox"/> Termin: _____ <input type="checkbox"/> nicht notwendig

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Augenarztes / der Augenärztin