

## Mitarbeiter-Erklärung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge

(gemäß ArbMedVV)

Durch die Gefährdungsbeurteilung am \_\_\_\_\_ wurde festgestellt,  
dass der/die Mitarbeiter/in \_\_\_\_\_ regelmäßig

**Bildschirmarbeiten** durchführt.

Dem/der Mitarbeiter/in wurde die notwendige arbeitsmedizinische Vorsorge an-  
geboten.

Ich möchte an einer arbeitsmedizinischen Vorsorge teilnehmen.

Ich möchte nicht an einer arbeitsmedizinischen Vorsorge teilnehmen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Mitarbeiters/in: \_\_\_\_\_

Personalakte: \_\_\_\_\_