

**Auftragnehmer:**

BETRIEBSARZTZENTRUM BREMEN e.V.

Schillerstr. 10

28195 Bremen

Tel. 04 21 -3 22 77-0

Fax 04 21-3 22 77-19

**Auftraggeber/ Rechnungsanschrift:**

---

---

---

---

---

**Untersuchungsauftrag für arbeitsmedizinische Leistungen**

Ich/ Wir beauftrage/n Sie mit folgender/en Untersuchung/en für mich/ unsere/n Arbeitnehmer/in:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-datum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Tätigkeit als: \_\_\_\_\_

Untersuchungstermin: Tag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Gewünschter Auftrag:**

---

---

---

---

**Kosten:** Die Kosten für die Untersuchung trägt der Auftraggeber. Es gilt die jeweils aktuelle Preisliste zum Zeitpunkt der Untersuchung (abrufbar unter: <https://baz-hb.de/kosten/>).

**Termin:** Eine Absage bis zwei Werktage (Mo.-Fr.) vor dem Termin ist kostenfrei möglich. Bei Nichterscheinen zum verbindlich vereinbarten Untersuchungstermin wird eine Ausfallgebühr in Höhe von 50 € in Rechnung gestellt.

Bitte gut leserlich und vollständig ausfüllen und uns umgehend nach Terminvereinbarung zukommen lassen!

**Bevollmächtigter/ Auftraggeber:**

---

Name (Druckbuchstaben)

Telefon

---

Ort, Datum

Unterschrift