



Centrum für Arbeitsmedizin Bonn GmbH  
 Turmstr 21  
 53175 Bonn

Tel. +49 228- 371558  
 Fax. **+49 228- 3727421**  
 e-mail: [info@cab-bonn.de](mailto:info@cab-bonn.de)  
<http://www.cab-bonn.de>

**Anmeldung/ Terminbestätigung einer arbeitsmedizinischen Untersuchung (Faxanmeldung)**  
**-Bitte deutlich in Blockschrift schreiben-**

**Abs.: Firma**

**Rechnungsanschrift,**

wenn abweichend von der Firmenadresse

.....  
 .....  
 .....

.....  
 .....  
 .....

**Ansprechpartner in der Firma:**

Herrn / Frau.....

Durchwahl:.....

**Folgende Untersuchungen/BG- Grundsätze sollen durchgeführt werden:**

**BG- Grundsatz: G 1 – G 21:** \_\_\_\_\_

**G 22 – G 46:** \_\_\_\_\_

Andere Untersuchungen:.....

**Mitarbeiter/Teilnehmer:**

Name:.....Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

**Private Adresse des Mitarbeiters/Teilnehmers:**

Straße und Hausnummer:.....PLZ und Ort:.....

Er/Sie hat einen Termin am: ....., um.....Uhr

Er/Sie macht mit dem CAB Bonn GmbH selbst einen Termin aus.

Wird die Untersuchung nicht mind. **24 Std. vor dem vereinbarten Termin** abgesagt und keine Ersatzperson benannt, dann werden Ihnen die Untersuchungskosten in Rechnung gestellt.

**Hiermit wird bestätigt, dass die Kosten für die o.a. Untersuchungen von unserer Firma übernommen werden.**

Ort:..... Datum:..... Unterschrift/Firmenstempel:.....