



Antrag auf vertrauensärztliche Beurteilung

Kontaktperson

Personalabteilung

Name		Vorname	
Tel. direkt		E-Mail	

Mitarbeiter/in

Wir bitten Sie, die nachstehend aufgeführte Person zu einer vertrauensärztlichen Untersuchung anzubieten. Die entsprechende/n Entbindung/en vom Amts- und Berufsgeheimnis liegen bei.

Name		Vorname	
Strasse		Nummer	
Postleitzahl	Wohnort		
Telefon Privat		Telefon Geschäft	
Abteilung		Pensum	
Geburtsdatum			

Beschrieb

Tätigkeitsbeschreibung

Spezielle Belastungen und Risiken am Arbeitsplatz

Anstellung seit befristet unbefristet

Fragestellung, Bemerkungen (Situation Arbeitsplatz, Arbeitsklima, persönliche Situation)

Unterschrift

Stempel und Unterschrift

Ort

Datum

X

Informationen zum weiteren Vorgehen

Nachdem Sie das Formular ausgefüllt haben, bitten wir Sie dies auszudrucken und zu unterschreiben. Senden Sie die Unterlagen an: Vertrauensärztlicher Dienst, St. Alban-Vorstadt 12, CH-4001 Basel.