

WERKSARZZENTRUM

Mönchengladbach, Viersen und Umgebung e.V.

Geschäftsführung: Kaiserstraße 41 41061 Mönchengladbach Tel.-Nr. (02161) 926890
Dienststelle Rheydt: Egerstraße 2 41236 Mönchengladbach Tel.-Nr. (02166) 44843

Einwilligung zur Durchführung einer Einstellungs- /Eignungsuntersuchung:

Hiermit erkläre ich _____
Name

Anschrift

mein Einverständnis zur Durchführung einer Einstellungs- bzw. freiwilligen Eignungsuntersuchung beim o.g. Werksarztzentrum.

Gleichzeitig entbinde ich das Werksarztzentrum von seiner Schweigepflicht, so dass es dem jeweiligem – auch zukünftigen - Arbeitgeber mitteilen kann, ob sich aus dem Ergebnis der Untersuchung Einschränkungen der Eignung für meine Tätigkeit ergeben.

Der Inhalt der Mitteilung ist auf folgende Erklärungen beschränkt:

- „keine gesundheitlichen Bedenken“,
- „keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen“ mit ergänzenden Ausführungen,
- „befristete gesundheitliche Bedenken“ mit entsprechendem Enddatum der Befristung,
- „dauernde gesundheitliche Bedenken“.

Die Diagnosedaten wie Laborwerte, Röntgenbilder etc. dürfen nicht weitergegeben werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Mönchengladbach, den _____
Unterschrift

Ich stimme der Durchführung einer Einstellungs- bzw. freiwilligen Eignungsuntersuchung bei meinem minderjährigen Kind zu.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten