

Statistische Angaben für das Jahr.....

(Stempel des ermächtigten Arztes)

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach der Verordnung über Arbeiten in Druckluft (Druckluftverordnung)

Untersuchungsergebnisse					
Firma	Zahl der Untersuchungen	keine gesundheitlichen Bedenken	gesundheitliche Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen	befristete gesundheitliche Bedenken	dauernde gesundheitliche Bedenken

Datum.....

Unterschrift.....