

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.....