



Unternehmerangaben für ein Betreuungs-Angebot

Ansprechpartner

Telefonnummer

Mailadresse

Name des Unternehmens

Adresse (bei mehreren Standorten bitte
alle angeben die betreut werden sollen)

Berufsgenossenschaft/ UVT

WZ Code/ Schlüssel

(siehe [DGUV V2, Anlage 2](#), oder über
Ihre Berufsgenossenschaft erfragen)

Gefahrengruppe

Gruppe 1: 2,5 Stunden
(davon 0,5 Stunden Betriebsarzt)

Gruppe 2: 1,5 Stunden
(davon 0,3 Stunden Betriebsarzt)

Gruppe 3: 0,5 Stunden
(davon 0,2 Stunden Betriebsarzt)

Anzahl Beschäftigte >30 Stunden/w

Anzahl Beschäftigte 20-30 Stunden/w

Anzahl Beschäftigte <20 Stunden/w

Beginn der Betreuung gewünscht ab

Gewünschte Betreuungsform

(gerne kann auch ein Angebot für
Stundensatz und Pauschale gemacht
werden/ Unternehmermodell nur nach
entsprechender Schulung des
Unternehmers durch die BG möglich)

Unternehmermodell

Stundensatz (nach Aufwand)

Pauschale (inklusive Vorsorgen/
Eignungsuntersuchungen nach Auswahl
auf nächster Seite)



Tätigkeiten/ mögliche Gefährdungen
(Mehrfachnennung ist möglich)

Büro und/oder Bildschirm
Infektionsgefährdung
Lärm
Auslandstätigkeit mit Gefährdung
Hautgefährdung durch Feuchtarbeit
Hautgefährdung durch UV/ Sonne
Haut- oder Atemwegssensibilisierung
Muskel-Skelett Belastung
Vibration
Staub
Fasern (Asbest, KMF)
Tragen von Atemschutz Gruppe 1
Tragen von Atemschutz Gruppe 2
Tragen von Atemschutz Gruppe 3
Fahr- und Steuertätigkeiten
Absturzgefährdung
Umgang mit folgenden Gefahrstoffen

Sonstige Gefährdungen:

Raum vorhanden für Untersuchungen/
Vorsorge im Unternehmen

Ja
Nein

Bemerkungen (optional)