|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Zurücksenden an: | Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit | |  | Pfarrstraße 3, 80538 München | | |
|  |

**Antrag auf Ermächtigung zur Durchführung ärztlicher Untersuchungen und Maßnahmen nach der Druckluftverordnung (DruckLV)**

Hiermit beantrage ich die Ermächtigung nach § 13 der Druckluftverordnung

für die Durchführung ärztlicher Untersuchungen nach § 10 DruckLV sowie weiterer   
ärztlicher Maßnahmen nach § 11 DruckLV

für die Durchführung ärztlicher Untersuchungen nach § 10 DruckLV, weiterer ärztlicher Maßnahmen nach § 11 DruckLV sowie der Aufgaben nach § 12 Abs. 1 DruckLV.

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dienstanschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Einrichtung

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon Telefax

E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Straße

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon Telefax

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Daten (Name, Vorname, Dienstanschrift) im Internet unter [www.lgl.bayern.de](http://www.lgl.bayern.de) einverstanden ja nein

Ort, Datum Unterschrift, Stempel

**A. Allgemeiner Teil**

Folgende Unterlagen sind diesem Antrag beizufügen:

* Nachweis über die Anerkennung
  + Facharzt für Arbeitsmedizin oder
  + Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin
* Qualifikationsnachweise für Arbeiten in Überdruckbereichen gemäß § 13 Druckluftverordnung für zu ermächtigende Ärzte
* Aktuelle Drucklufttauglichkeitsbescheinigung für Aufgaben nach § 12 Abs. 1 DruckLV

**B. Angaben über die apparativen, personellen und räumlichen Voraussetzungen**

Verfügen Sie über Kenntnisse der besonderen Arbeitsbedingungen? ja nein

Ergänzende Angaben:

Führen Sie die jeweiligen Laboruntersuchungen selbst durch? ja nein

*falls nicht:*

welche Praxis / welches Institut nehmen Sie in Anspruch?

Name, Anschrift:

……………………………………………………………………………

Verfügen Sie über Fachkunde und über Möglichkeiten Röntgenaufnahmen anfertigen zu können? ja nein

*falls nicht:*

welche Praxis / welches Institut nehmen Sie in Anspruch?

Name, Anschrift:

……………………………………………………………………………

Verfügen Sie über folgende Geräte?

* EKG mit Brustwandableitungen ja nein
* Fahrradergometer und Defibrillator ja nein
* Gerät zur Prüfung der Lungenfunktion ja nein   
  falls ja:
* Fabrikat, Typ ……………………………………………..
* Kann mit diesem Gerät die Fluss-/ ja nein

Volumen-Kurve registriert werden?

* Ist eine automatische Aufzeichnung möglich? ja nein
* Gerät zur Otoskopie ja nein