

Absender:
(Firmenstempel)

Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz
und technische Sicherheit Berlin
Referat II C
Turmstraße 21

10559 Berlin

Erstantrag auf Ermächtigung

nach § 175 Absatz 1 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) bzw.
nach § 13 Druckluftverordnung (DruckLV)
zur Durchführung arbeitsmedizinischer Untersuchungen

1. Personalien

Name _____ Titel _____
Vorname _____
Geburtsname _____
Geburtsdatum _____

2. Anschrift

privat

Straße, Haus-Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon (mit Vorwahl)* _____
E-Mail* _____

dienstlich

Arbeitgeber _____
Straße, Haus-Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon (mit Vorwahl) _____
Fax _____
E-Mail _____

* freiwillige Angabe

3. Arbeitsmedizinische Fachkunde

Zeitpunkt der Approbation (Tag, Monat, Jahr)*

Besitzen Sie die	Ja	Nein
3.1 Gebietsbezeichnung/Facharztanerkennung Arbeitsmedizin*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Bitte Nachweis beifügen

4. Derzeitige Tätigkeit

	Ja	Nein
4.1 Betriebsarzt in einem überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Im betreuten Unternehmen angestellter Betriebsarzt/Werksarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Freiberuflicher Betriebsarzt (hauptberuflich tätig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Freiberuflicher Arzt (nebenberuflich als Betriebsarzt tätig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Angestellter Arzt (nebenberuflich als Betriebsarzt tätig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Ermächtigungsbeantragung für Untersuchungen nach folgenden Vorschriften

	Ja	Nein
5.1 Strahlenschutzverordnung (§ 175 Absatz 1) zusätzlich ist Anlage 1 auszufüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Druckluftverordnung (§ 13) zusätzlich ist Anlage 2 auszufüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Welche aufgeführten Untersuchungsmethoden stehen Ihnen zur Verfügung?

	Ja	Nein
6.1 EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Ergometrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Spirometrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Inhalationstest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Hauttestungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 Sehtest einschließlich Prüfung der Farbtüchtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 Gesichtsfeldprüfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 Augenhintergrunduntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9 Audiometrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Durch welche Einrichtung lassen Sie erforderliche Röntgenaufnahmen anfertigen?

Name/Bezeichnung _____
Straße, Haus-Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon (mit Vorwahl) _____
Fax _____
E-Mail _____

8. Welches Labor nehmen Sie in Anspruch?

Name/Bezeichnung _____
Straße, Haus-Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon (mit Vorwahl) _____
Fax _____
E-Mail _____

9. Bei Erstantrag der Ermächtigung nach § 175 Absatz 1 Strahlenschutzverordnung

	Ja	Nein
9.1 Haben Sie am Grundkurs zur Erlangung der Fachkunde teilgenommen?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Haben Sie am Spezialkurs für zu ermächtigende Ärzte teilgenommen?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 Haben Sie die gemäß Richtlinie „Arbeitsmedizinische Vorsorge beruflich strahlenexponierter Personen durch ermächtigte Ärzte“ erforderliche Sachkunde (6-monatige Tätigkeit, mindestens 25 Vorsorgeuntersuchungen) unter Anleitung und Verantwortung eines ermächtigten Arztes erworben (siehe Musterbescheinigung Sachkundenachweis)?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Bitte Nachweis beifügen

10. Bei Erstantrag der Ermächtigung nach § 13 Druckluftverordnung

	Ja	Nein
Ärztliche Untersuchungen nach §§ 10 und 11 Druckluftverordnung		
10.1 Haben Sie an einem Einweisungsseminar in die Tauch- und Überdruckmedizin für Ärzte teilgenommen?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigwerden nach § 12 Druckluftverordnung		
10.2 Besitzen Sie Kenntnisse in der Notfallbehandlung Drucklufferkrankter und in der Behandlung von Drucklufferkrankungen in einer Überdruckkammer?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3 Wurde Ihnen selbst innerhalb der letzten 12 Monate durch ärztliches Zeugnis die Drucklufttauglichkeit bestätigt?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4 Angaben zur Druckluftbaustelle bitte in der Anlage 2 zum Antrag aufführen		

* Bitte Nachweis beifügen

Datenschutzhinweis

Die personenbezogenen Daten werden nach den datenschutzrechtlichen Vorschriften auf Grund von § 175 Absatz 1 StrlSchV und § 13 DruckLV erhoben.

Im Einzelfall kann die Kenntnis über das Vorliegen Ihrer erteilten Ermächtigung von Arbeitgebern, Unfallversicherungsträgern und Arbeitsschutzverwaltungen zur Gewährleistung der arbeitsmedizinischen Betreuung angefordert werden.

Die persönlichen Daten, zum Beispiel Name der Institution (nur für überbetriebliche Dienste), der Vor- und Nachname von Ärztinnen und Ärzten mit eigener Niederlassung sowie die Dienstanschrift, werden in einer Datenbank gespeichert und in der vom LAGetSi angebotenen [Liste der Arbeitsmedizinischen Dienste im Land Berlin](#) im Internet veröffentlicht. Um Ihre Institution oder Niederlassung aufzunehmen, bedarf es eines formlosen Antrages.

Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie in der [Datenschutzerklärung des LAGetSi](#).

Gebühren

Die Gebühren für die Erteilung der Erstermächtigungen nach der Strahlenschutzverordnung und der Druckluftverordnung werden in einem angemessenen Verhältnis zum Verwaltungsaufwand ermittelt (Rahmengebühren gemäß Verordnung über die Erhebung von Gebühren im Arbeitsschutz (Arbeitsschutzgebührenordnung - ArbSchGebO), Tarifstelle 71130).

Bitte beachten Sie, dass Sie als Antragsteller/in gemäß § 10 Absatz 1 des Gesetzes über Gebühren und Beiträge (GebBeitrG) Schuldner der Verwaltungsgebühr sind.

Die erforderliche(n) Anlage(n) habe ich ausgefüllt und beigelegt. Die Kopie(n) der Ermächtigungskurse und geforderten Nachweise liegen diesem Antrag bei.

Ort, Datum

Unterschrift **und Stempel**