

FAX-Meldebogen - Bitte senden an 040-20207-4872

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung nach DGUV Vorschrift 2

Meine Betriebsstätte:



BGW

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

BGW-Betriebsstätten-Nummer: _____

1.1 Ich beschäftige kein Personal und unterliege daher nicht der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung. Bitte füllen Sie zusätzlich Punkt 4 aus.

1.2 Ich beschäftige Personal und unterliege daher der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung. Bitte füllen Sie zusätzlich Punkt 2, 3 und 4 aus.

2 Betriebsstättengröße: 1-10 Beschäftigte 11-50 Beschäftigte mehr als 50 Beschäftigte

3 Ich habe mich für folgende betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuungsform entschieden:

3.1 **Regelbetreuung für Betriebe mit mehr als 10 Beschäftigten - Betreuung mit festen Einsatzzeiten** (gem. Anlage 2 zu §2 Abs.3 DGUV Vorschrift 2)

Meine Betriebsstätte wird betriebsärztlich betreut durch: (Stempel des Dienstleisters oder vollständig ausfüllen)

Name	
Strasse, Hausnr.	
PLZ	Ort

Meine Betriebsstätte wird sicherheitstechnisch betreut durch: (Stempel des Dienstleisters oder vollständig ausfüllen)

Name	
Strasse, Hausnr.	
PLZ	Ort

3.2 oder **Regelbetreuung für Betriebe mit bis zu 10 Beschäftigten - Grund- und anlassbezogene Betreuung mit individuellem Betreuungsumfang** (gem. Anlage 1 zu §2 Abs.2 DGUV Vorschrift 2)

Meine Betriebsstätte wird betriebsärztlich betreut durch: (Stempel des Dienstleisters oder vollständig ausfüllen)

Name	Haupt-Ansprechpartner? Bitte ankreuzen, wenn zutreffend <input type="checkbox"/>
Strasse, Hausnr.	
PLZ	Ort

Meine Betriebsstätte wird sicherheitstechnisch betreut durch: (Stempel des Dienstleisters oder vollständig ausfüllen)

Name	Haupt-Ansprechpartner? Bitte ankreuzen, wenn zutreffend <input type="checkbox"/>
Strasse, Hausnr.	
PLZ	Ort

3.3 oder **Alternativbetreuung - Betreuung ohne feste Einsatzzeiten, aber mit Unternehmerschulung über Standesorganisation oder Dienstleister** (gem. Anlage 3 zu §2 Abs.4 DGUV Vorschrift 2)
Achtung: Diese Betreuungsform ist ggf. nur lokal und nicht für alle Branchen verfügbar! Auskunft darüber erteilt Ihr Berufsverband, Ihre Kammer oder Innung

Meine Standesorganisation / mein Dienstleister: (Stempel der Standesorganisation bzw. Dienstleister oder vollständig ausfüllen)

Name	
Strasse, Hausnr.	
PLZ	Ort

4 Für Rückfragen erreichen Sie mich telefonisch unter _____

Meine Unterschrift / Stempel _____

Ort _____

Datum _____

Hinweise zum Ausfüllen des FAX-Meldebogens

Bitte kreuzen Sie auf dem Meldebogen zunächst Punkt 1.1 oder 1.2 an – je nachdem, ob in Ihrem Unternehmen neben Ihnen als Unternehmer noch weitere Personen beschäftigt sind.

Falls Sie keine Beschäftigten haben:

Vervollständigen Sie bitte Punkt 4 des Meldebogens mit Telefonnummer für Rückfragen, Datum, Unterschrift und Firmenstempel. Damit erlangt Ihre Mitteilung Rechtskraft.

Falls Sie im Unternehmen Personal beschäftigen:

Teilen Sie uns bitte unter Punkt 2 des Meldebogens die Größe Ihrer Belegschaft mit.

Geben Sie bitte unter Punkt 3 an, welche betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung Sie gewählt haben. Sie können gerne Ihren Dienstleister bitten, das jeweilige Namens- und Adressfeld mit ihrem Firmenstempel zu vervollständigen. Sie können die Felder aber auch selbst ausfüllen.

Wenn Sie die Regelbetreuung für Betriebe mit bis zu 10 Beschäftigten gewählt haben (3.2), kreuzen Sie bitte zusätzlich im Feld „Haupt-Ansprechpartner?“ an, zu welchem der beiden Dienstleister Sie den persönlichen Kontakt halten.

Vervollständigen Sie dann bitte das Formular unter Punkt 4 mit Telefonnummer für Rückfragen, Datum, Ihrer Unterschrift und Ihrem Firmenstempel. So erlangt es Rechtskraft.

Für Unternehmen mit mehreren Betriebsstätten:

Wenn Sie mehrere Betriebsstätten unterhalten, die Sie im Rahmen **eines** Betreuungsvertrags identisch betreuen lassen, können Sie auch die Betreuung mehrerer Betriebsstätten zusammenfassen und uns formlos per Brief oder Fax mitteilen. Bitte geben Sie dabei die Betriebsstättennummern an und unterschreiben Sie ihre Mitteilung. Briefsendungen erbitten wir an folgende Anschrift:

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Zentrale Präventionsdienste
- Bereich BuS -
Pappelallee 33/35/37
22089 Hamburg

Fax: 040-20207-4872

Ihre Berufsgenossenschaft BGW

FAX-Meldebogen - Bitte senden an 040-20207-4872

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung nach DGUV Vorschrift 2

Meine Betriebsstätte:

Mustermann, Dr. Bert

Anschrift der Praxis



BGW

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

BGW-Betriebsstätten-Nummer: **BGW-Mitgliedsnr. der Praxis**

1.1 Ich beschäftige kein Personal und unterliege daher nicht der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung. Bitte füllen Sie zusätzlich Punkt 4 aus.

1.2 Ich beschäftige Personal und unterliege daher der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung. Bitte füllen Sie zusätzlich Punkt 2, 3 und 4 aus.

2 Betriebsstättengröße: 1-10 Beschäftigte 11-50 Beschäftigte mehr als 50 Beschäftigte

3 Ich habe mich für folgende betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuungsform entschieden:

3.1 Regelbetreuung für Betriebe mit mehr als 10 Beschäftigten - Betreuung mit festen Einsatzzeiten (gem. Anlage 2 zu §2 Abs.3 DGUV Vorschrift 2)

Meine Betriebsstätte wird betriebsärztlich betreut durch: (Stempel des Dienstleisters oder vollständig ausfüllen)

Name	
Strasse, Hausnr.	
PLZ	Ort

Meine Betriebsstätte wird sicherheitstechnisch betreut durch: (Stempel des Dienstleisters oder vollständig ausfüllen)

Name	
Strasse, Hausnr.	
PLZ	Ort

3.2 oder Regelbetreuung für Betriebe mit bis zu 10 Beschäftigten - Grund- und anlassbezogene Betreuung mit individuellem Betreuungsumfang (gem. Anlage 1 zu §2 Abs.2 DGUV Vorschrift 2)

Meine Betriebsstätte wird betriebsärztlich betreut durch: (Stempel des Dienstleisters oder vollständig ausfüllen)

Name	TECOM Consult und Ingenieurgesellschaft mbH	Haupt-Ansprechpartner? Bitte ankreuzen, wenn zutreffend <input type="checkbox"/>
Strasse, Hausnr. Heinrich-Seidel-Straße 6		
PLZ 17192	Ort Waren (Müritz)	

Meine Betriebsstätte wird sicherheitstechnisch betreut durch: (Stempel des Dienstleisters oder vollständig ausfüllen)

Name	TECOM Consult und Ingenieurgesellschaft mbH	Haupt-Ansprechpartner? Bitte ankreuzen, wenn zutreffend <input type="checkbox"/>
Strasse, Hausnr. Heinrich-Seidel-Straße 6		
PLZ 17192	Ort Waren (Müritz)	

3.3 oder Alternativbetreuung - Betreuung ohne feste Einsatzzeiten, aber mit Unternehmerschulung über Standesorganisation oder Dienstleister (gem. Anlage 3 zu §2 Abs.4 DGUV Vorschrift 2)

Achtung: Diese Betreuungsform ist ggf. nur lokal und nicht für alle Branchen verfügbar! Auskunft darüber erteilt Ihr Berufsverband, Ihre Kammer oder Innung

Meine Standesorganisation / mein Dienstleister: (Stempel der Standesorganisation bzw. Dienstleister oder vollständig ausfüllen)

Name	
Strasse, Hausnr.	
PLZ	Ort

4 Für Rückfragen erreichen Sie mich telefonisch unter
Telefonnummer der Praxis

Ort **Musterstadt**

Datum **xx.xx.xxxx**

Meine Unterschrift / Stempel

**Unterschrift des Praxisbetreibers,
Stempel**