

# Untersuchungsauftrag und Preisübersicht Freiwillige Feuerwehr

Hiermit beauftragen wir GRIMEDIO Arbeitsmedizin mit der Untersuchung von:

| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|
|      |         |              |

**Folgende Untersuchungen sollen durchgeführt werden (Preise zzgl. MwSt.):**

## **Feuerwehrtauglichkeit:**

|                          |   |          |
|--------------------------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> | Feuerwehreignungsuntersuchung   | 150,00 € |
|                          | beinhaltet Atemschutz (G26.3), Höhenrettung (G41), Rettungstauchen (G31) und Kranführer (G25) |          |

## **Optionale weitere Untersuchungen (Mehrfachauswahl möglich):**

|                          |   |          |
|--------------------------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> | Eignungsuntersuchung LKW-Führerschein (FEV Klasse C)              |          |
|                          | Als Zusatz zur Eignungsuntersuchung                               | 26,00 €  |
|                          | Als alleinige Untersuchung  | 100,84 € |
| <input type="checkbox"/> | Zusätzlicher Reaktionstest für Personenbeförderung (FEV Klasse D) | 92,44 €  |

|                          |   |          |
|--------------------------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> | Vorsorge Infektionsgefährdung (G42) & ggf. Impfung Hepatitis* |          |
|                          | Als Zusatz zur Eignungsuntersuchung                           | 30,00 €  |
|                          | Als alleinige Untersuchung                                    | 109,00 € |
|                          | Impfung Hepatitis A/B zzgl. Impfstoff*                        | 16,23 €  |

**Bitte Impfpass mitbringen!**

**\* Da ein Umgang mit Fäkalien bei Rettungsdienstlichen Tätigkeiten regelmäßig vorkommt (z.B. Bei der Versorgung alkoholisierter Personen) verwenden wir standardmäßig den Kombinationsimpfstoff (Hepatitis A und B). Falls nur eine Hepatitis B Impfung übernommen wird, vermerken sie dies bitte auf dem Auftrag.**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Weitere gewünschte Untersuchungen (bitte eintragen): |
|                          |  |

## **Beauftragende Person (Druckschrift):**

| Name | Vorname | FFW-Ortsgruppe |
|------|---------|----------------|
|      |         |                |

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**