



[Firmenname / Arbeitgeber]
[Straße, Hausnr. | PLZ Ort | Telefon | E-Mail]
[Vorname Nachname]
[Straße, Hausnr.]
[PLZ Ort]

[Ort], den [Datum]

Angebot zur arbeitsmedizinischen Vorsorge bei Tätigkeiten mit Asbest

Gemäß § 5 Abs. 1 ArbMedVV in Verbindung mit TRGS 519

Sehr geehrte Frau / Sehr geehrter Herr [Nachname],

nach dem Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung für Ihren Arbeitsplatz sind wir als Ihr Arbeitgeber gemäß § 5 Abs. 1 der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) gesetzlich verpflichtet, Ihnen eine arbeitsmedizinische Angebotsvorsorge anzubieten. Die Vorsorge bezieht sich auf Ihre Tätigkeit mit Asbest und dient Ihrer Gesundheitsvorsorge.

Der Anlass für dieses Angebot ist:

- ☐ Tätigkeiten mit Asbest, bei denen eine Exposition gegenüber Asbestfasern nicht ausgeschlossen werden kann, ohne dass eine Pflichtvorsorge besteht.
- ☐ Tragen von Atemschutzgeräten der Gruppe 1 (z. B. FFP2/FFP3) bei Tätigkeiten mit Asbest.
- ☐ Nachgehende Vorsorge nach früheren Tätigkeiten mit Asbest (§ 5 Abs. 3 ArbMedVV).
- ☐ Sonstiger Anlass: _____

Für Sie gilt: Die Angebotsvorsorge und notwendige Schutzimpfungen sind kostenfrei und finden innerhalb Ihrer Arbeitszeit statt. Weder die Annahme noch die Ablehnung dieses Angebots hat für Sie dienstliche oder arbeitsrechtliche Nachteile. Der untersuchende Arzt unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht – der Arbeitgeber erhält ausschließlich eine Vorsorgebescheinigung über die Teilnahme, keine Befunde oder Diagnosen. Sie erhalten eine Ausfertigung der Vorsorgebescheinigung.

Bitte vereinbaren Sie einen Termin mit:

Name, Funktion: _____ [Titel Vorname Nachname, Betriebsarzt]
Praxis / Einrichtung: _____ [Name der Praxis]
Adresse: _____ [Straße, PLZ Ort]
Kontakt: _____ [Telefon | E-Mail | Terminbuchungslink]

Bitte teilen Sie uns bis zum [Datum] mit, ob Sie das Angebot annehmen oder ablehnen – per E-Mail an [E-Mail-Adresse] oder direkt bei [Ansprechperson].

Mit freundlichen Grüßen

[Name, Funktion]

Arbeitgeberin / Arbeitgeber