

Teilnahmeerklärung

zur alternativen, bedarfsorientierten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung meiner Arztpraxis gemäß Anlage 3 zu § 2 Abs. 4 der Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (DGUV Vorschrift 2)

An die
Akademie für medizinische Fortbildung
der ÄKWL und der KVWL
z. Hd. Frau Huster
Gartenstr. 210 – 214
48147 Münster

Praxis-Stempel

Name(n) des (der) Praxisinhaber(s)
des Verantwortlichen für die Umsetzung des
Arbeitsschutzes in der Arztpraxis

Fachgebiet(e) /

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

**Fortbildungs-Barcode bitte
hier einkleben**

Anzahl der Beschäftigten
(inkl. geringfügig Beschäftigte): _____

Hiermit erkläre(n) ich (wir) die Teilnahme an der alternativen, bedarfsorientierten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung gemäß Anlage 3 zu § 2 Abs. 4 DGUV Vorschrift 2 bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe und verpflichte mich (uns), den Erfordernissen der DGUV Vorschrift 2 nachzukommen. Voraussetzung zur Teilnahme am Unternehmermodell-AP ist die persönliche Teilnahme an einer Motivations- und Informationsmaßnahme (6 Unterrichtseinheiten) an einem Mittwochnachmittag. Nach 5 Jahren müssen erneut 6 UE absolviert werden. Alle 6 UE werden von der Akademie für medizinische Fortbildung der ÄKWL und der KVWL angeboten.¹

Bei Bedarf lassen Sie sich beraten oder veranlassen Begehungen der Praxisräume durch die mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe kooperierenden Betriebsärzte oder Sicherheitsfachkräfte.

Beim „Unternehmermodell-AP“ entfallen feste Einsatzzeiten für Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte. Arbeitsmedizinische Vorsorge ist ggf. zusätzlich zu veranlassen und mit einem Betriebsarzt verbindlich vertraglich zu regeln.²

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) beabsichtigt, eine Evaluation über die Wirksamkeit der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung nach DGUV Vorschrift 2 durchzuführen.

Die Teilnahme kann jederzeit von beiden Seiten durch Erklärung beendet werden.³

Ich (wir) erkläre(n) mich (uns) damit einverstanden, dass die BGW über meine (unsere) Teilnahme der umseitig genannten Standorte an der alternativen, bedarfsorientierten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung gemäß Anlage 3 zu § 2 Abs. 4 DGUV Vorschrift 2, die Teilnahme an allen unter Ziffer 1. genannten Grundschulung (MIM) und Aufbauschulung (Fortbildung) und die Beendigung³ der Teilnahme an der alternativen, bedarfsorientierten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung gemäß Anlage 3 zu § 2 Abs. 4 DGUV Vorschrift 2 über die Akademie für medizinische Fortbildung der ÄKWL und der KVWL in Kenntnis gesetzt wird (dieses beinhaltet die Übermittlung des Datums der Grundschulung und ggf. der Aufbauschulung, Nennung von Praxisname, jeweils aktuelle Adressdaten, Name des Praxisinhabers, ggf. Name des Verantwortlichen für den Arbeitsschutz und das Datum der Beendigung der Teilnahme).

Die diesbezüglichen datenschutzrechtlichen Informationen in der Anlage habe ich zur Kenntnis genommen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der unter Punkt 1. genannten Teilnahme am Unternehmermodell und der Übermittlung der unter Punkt 2. genannten Daten an die BGW einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift(en) der (des) Praxisinhabers

¹ Bis zum Absolvieren der Veranstaltung unterliegt die Praxis der Regelbetreuung nach DGUV Vorschrift 2

² z. B. ist für Beschäftigte, die Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung durch blutübertragbare Erreger (wie z. B. Blutentnahmen) durchführen, arbeitsmedizinische Vorsorge durch einen Arbeits- oder Betriebsmediziner gemäß arbeitsmedizinischer Vorsorgeverordnung verpflichtend zu veranlassen, diese darf nicht vom Arbeitgeber durchgeführt werden.

³ Die Praxis unterliegt dann der Regelbetreuung nach DGUV Vorschrift 2

Unternehmermodell-AP¹ Ärztekammer Westfalen-Lippe
Alternative, bedarfsorientierte betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Beschäftigten in Arztpraxen
gemäß Anlage 3 zu § 2 Abs. 4 DGUV Vorschrift 2

Ich nehme unter folgender/folgenden Adresse(n) an der alternativen bedarfsorientierten Betreuung teil:

Praxisname / -typ

Strasse

PLZ / Ort

Anzahl der Beschäftigten: _____
(inkl. geringfügig Beschäftigte)

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ggf. weitere Standorte:

Standort 2:

Praxisname / -typ

Straße

PLZ / Ort

Anzahl der Beschäftigten: _____
(inkl. geringfügig Beschäftigte)

Standort 3:

Praxisname / -typ

Straße

PLZ / Ort

Anzahl der Beschäftigten: _____
(inkl. geringfügig Beschäftigte)

Stempel

Datum, Unterschrift

¹ Unternehmermodell-Arztpraxis