

### Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Bernd Hecker**
- Qualifikation: **FA Arbeitsmedizin**
- Dienstadresse: **Weiherbenden 4 b, 53925 Kall**
- Telefonnummer: **02441 99100**
- Faxnummer: **02441 991021**
- E-Mail-Adresse: **[info@aerztehaus-kall.de](mailto:info@aerztehaus-kall.de)**

### Region:

- **Euskirchen**

Leistungen außerhalb dieser Region: **nein**

### Leistungsangebote:

Ich biete folgende Leistungen zu folgenden Konditionen an:

#### **Vor-Ort-Beratungen/Begehungen:**

- Erste Stunde der Vor-Ort-Beratung/ Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **160,00 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **80,00 €**

#### **Weitere Leistungsangebote:**

##### **Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:**

##### ➔ **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

ggf. Steigerungssatz / Pauschale

- |  |  |                               |                     |
|--|--|-------------------------------|---------------------|
| • Tätigkeiten an Bildschirmgeräten:            | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 1,5 -fach |
| • Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 1,5 -fach |
| • Tätigkeiten mit Gefahrstoffen:               | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,3 -fach |
| • Impfen <sup>1</sup> :                        | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 1,2 -fach |
| ➔ <b>Röntgen-Verordnung (RöV):</b>             | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,3 -fach |
| ➔ <b>Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV):</b>  | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,3 -fach |

#### **Durchführung der Leistungen:**

- in eigener Praxis ja  nein
- in Praxis des Auftraggebers ja  nein

#### **Abrechnung der Leistungen:**

- Honorarvereinbarung mit o. g. Stundensatz / Pauschale:  
ja  nein
- Abrechnung nach GOÄ:  
ja  nein

<sup>1</sup> zzgl. Kosten für den Impfstoff

### Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Wolfgang Huppertz**
- Qualifikation: **ZB Betriebsmedizin**
- Dienstadresse: **Altenessener Str. 442, 45329 Essen**
- Telefonnummer: **0201 319558-0**
- Faxnummer: **0201 319558-19**
- E-Mail-Adresse: **info@arbeitsmedizin-altenessen.de**

### Region:

- **Essen**
  - **Mülheim**
  - **Oberhausen**
- Leistungen außerhalb dieser Region: **nein**

### Leistungsangebote:

Ich biete folgende Leistungen zu folgenden Konditionen an:

#### **Vor-Ort-Beratungen/Begehungen:**

- Erste Stunde der Vor-Ort-Beratung/ Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **120,00 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **60,00 €**

#### **Weitere Leistungsangebote:**

##### **Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:**

##### ➔ **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

ggf. Steigerungssatz / Pauschale

- Tätigkeiten an Bildschirmgeräten: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,2 -fach
- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,2 -fach
- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,2 -fach
- Impfen<sup>1</sup>: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,2 -fach

##### ➔ **Röntgen-Verordnung (RöV):** ja nein

##### ➔ **Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV):** ja nein

#### **Durchführung der Leistungen:**

- in eigener Praxis ja  nein
- in Praxis des Auftraggebers ja  nein

#### **Abrechnung der Leistungen:**

- Honorarvereinbarung mit o. g. Stundensatz / Pauschale:  
ja  nein
- Abrechnung nach GOÄ:  
ja  nein

<sup>1</sup> zzgl. Kosten für den Impfstoff

### Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Yvonne Kalender**
- Qualifikation: **FÄ Arbeitsmedizin**
- Dienstadresse: **Luegallee 112, 40545 Düsseldorf**
- Telefonnummer: **0211 5578099**
- Faxnummer: **0211 570072**
- E-Mail-Adresse: [info@amz-kalender.de](mailto:info@amz-kalender.de)
- Homepage: [www.arbeitsmedizin-Kalender.de](http://www.arbeitsmedizin-Kalender.de)

### Region:

- **Düsseldorf**

Leistungen außerhalb dieser Region: **nein**

### Leistungsangebote:

Ich biete folgende Leistungen zu folgenden Konditionen an:

#### **Vor-Ort-Beratungen/Begehungen:**

- Erste Stunde der Vor-Ort-Beratung/ Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **140,00 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **55,00 €**

#### **Weitere Leistungsangebote:**

##### **Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:**

##### ➔ **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

ggf. Steigerungssatz / Pauschale

- |  |  |                               |                     |
|--|--|-------------------------------|---------------------|
| • Tätigkeiten an Bildschirmgeräten:            | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,0 -fach |
| • Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,0 -fach |
| • Tätigkeiten mit Gefahrstoffen:               | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,0 -fach |
| • Impfen <sup>1</sup> :                        | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nur Impfstoff       |
| ➔ <b>Röntgen-Verordnung (RöV):</b>             | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,0 -fach |
| ➔ <b>Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV):</b>  | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,0 -fach |

#### **Durchführung der Leistungen:**

- in eigener Praxis ja  nein
- in Praxis des Auftraggebers ja  nein  ab 5 Mitarbeitern

#### **Abrechnung der Leistungen:**

- Honorarvereinbarung mit o. g. Stundensatz / Pauschale:  
ja  nein
- Abrechnung nach GOÄ:  
ja  nein

<sup>1</sup> zzgl. Kosten für den Impfstoff

### Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Tanja Klein-Kohlstette**
- Qualifikation: **FA Arbeitsmedizin**
- Dienstadresse: **Broicherdorfstr. 87, 41564 Kaarst**
- Telefonnummer: **0174 1751296**
- Faxnummer: **02131 7390999**
- E-Mail-Adresse: [kontakt@betriebsaerztin-am-niederrhein.de](mailto:kontakt@betriebsaerztin-am-niederrhein.de)

### Region:

- **Düsseldorf**
- **Mettmann**
- **Duisburg**
- **Mönchengladbach**
- **Heinsberg**
- **Neuss**
- **Kleve**
- **Viersen**
- **Krefeld**
- **Wesel**

Leistungen außerhalb dieser Region: **nein**

### Leistungsangebote:

Ich biete folgende Leistungen zu folgenden Konditionen an:

#### **Vor-Ort-Beratungen/Begehungen:**

- Erste Stunde der Vor-Ort-Beratung/ Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **105,00 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **52,50 €**

#### **Weitere Leistungsangebote:**

##### **Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:**

##### ➔ **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

ggf. Steigerungssatz / Pauschale

- Tätigkeiten an Bildschirmgeräten: ja  nein  56,00 €
- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: ja  nein  98,00 €
- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: ja  nein  78,00 €
- Impfen<sup>1</sup>: ja  nein  20,00 €

➔ **Röntgen-Verordnung (RöV):** ja  nein

➔ **Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV):** ja  nein

#### **Durchführung der Leistungen:**

- in eigener Praxis ja  nein
- in Praxis des Auftraggebers ja  nein

#### **Abrechnung der Leistungen:**

- Honorarvereinbarung mit o. g. Stundensatz / Pauschale: ja  nein
- Abrechnung nach GOÄ: ja  nein

<sup>1</sup> zzgl. Kosten für den Impfstoff

### Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Peer Knoth**
- Qualifikation: **ZB Betriebsmedizin**
- Dienstadresse: **Vor dem Falltor 10 a, 46459 Rees**
- Telefonnummer: **02851 92330**
- Faxnummer: **02851 923315**
- E-Mail-Adresse: [dr.knoth@arcor.de](mailto:dr.knoth@arcor.de)

### Region:

- **Kleve**
  - **Wesel**
- Leistungen außerhalb dieser Region: **ja, zzgl. 0,50 € Kilometerpauschale**

### Leistungsangebote:

Ich biete folgende Leistungen zu folgenden Konditionen an:

#### **Vor-Ort-Beratungen/Begehungen:**

- Erste Stunde der Vor-Ort-Beratung/ Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **125,00 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **62,50 €**

#### **Weitere Leistungsangebote:**

##### **Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:**

##### ➔ **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

ggf. Steigerungssatz / Pauschale

- Tätigkeiten an Bildschirmgeräten: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,3\* / 1,8\*\*-fach
- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,3\* / 1,8\*\*-fach
- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,3\* / 1,8\*\*-fach
- Impfen<sup>1</sup>: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,3\* / 1,8\*\*-fach
- ➔ **Röntgen-Verordnung (RöV):** ja  nein
- ➔ **Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV):** ja  nein

#### **Durchführung der Leistungen:**

- in eigener Praxis (\*GOÄ-Satz 1,3-fach) ja  nein
- in Praxis des Auftraggebers (\*\*GOÄ-Satz 1,8-fach) ja  nein

#### **Abrechnung der Leistungen:**

- Honorarvereinbarung mit o. g. Stundensatz / Pauschale:  
ja  nein
- Abrechnung nach GOÄ:  
ja  nein

<sup>1</sup> zzgl. Kosten für den Impfstoff

### Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Ursula Knoth**
- Qualifikation: **ZB Betriebsmedizin**
- Dienstadresse: **Vor dem Falltor 10 a, 46459 Rees**
- Telefonnummer: **02851 92330**
- Faxnummer: **02851 923315**
- E-Mail-Adresse: [dr.knoth@arcor.de](mailto:dr.knoth@arcor.de)

### Region:

- **Kleve**
  - **Wesel**
- Leistungen außerhalb dieser Region: **ja, zzgl. 0,50 € Kilometerpauschale**

### Leistungsangebote:

Ich biete folgende Leistungen zu folgenden Konditionen an:

#### **Vor-Ort-Beratungen/Begehungen:**

- Erste Stunde der Vor-Ort-Beratung/ Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **125,00 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **62,50 €**

#### **Weitere Leistungsangebote:**

##### **Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:**

##### ➔ **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

ggf. Steigerungssatz / Pauschale

- Tätigkeiten an Bildschirmgeräten: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,3\* / 1,8\*\*-fach
- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,3\* / 1,8\*\*-fach
- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,3\* / 1,8\*\*-fach
- Impfen<sup>1</sup>: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,3\* / 1,8\*\*-fach
- ➔ **Röntgen-Verordnung (RöV):** ja  nein
- ➔ **Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV):** ja  nein

#### **Durchführung der Leistungen:**

- in eigener Praxis (\*GOÄ-Satz 1,3-fach) ja  nein
- in Praxis des Auftraggebers (\*\*GOÄ-Satz 1,8-fach) ja  nein

#### **Abrechnung der Leistungen:**

- Honorarvereinbarung mit o. g. Stundensatz / Pauschale:  
ja  nein
- Abrechnung nach GOÄ:  
ja  nein

<sup>1</sup> zzgl. Kosten für den Impfstoff

### Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Jürgen Könner**
- Qualifikation: **FA Arbeitsmedizin**
- Dienstadresse: **Hauptstr. 35, 50126 Bergheim**
- Telefonnummer: **02271 41745**
- Faxnummer: **02271 42644**
- E-Mail-Adresse: [info@amz-koenner.de](mailto:info@amz-koenner.de)

### Region:

- **Rhein-Erft-Kreis (nördlich)**

Leistungen außerhalb dieser Region: **nein**

### Leistungsangebote:

Ich biete folgende Leistungen zu folgenden Konditionen an:

#### **Vor-Ort-Beratungen/Begehungen:**

- Erste Stunde der Vor-Ort-Beratung/ Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **135,00 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **70,00 €**

#### **Weitere Leistungsangebote:**

##### **Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:**

##### ➔ **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

ggf. Steigerungssatz / Pauschale

- Tätigkeiten an Bildschirmgeräten: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,3 -fach
- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,3 -fach
- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,3 -fach
- Impfen<sup>1</sup>: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,3 -fach

##### ➔ **Röntgen-Verordnung (RöV):** ja nein

##### ➔ **Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV):** ja nein

#### **Durchführung der Leistungen:**

- in eigener Praxis ja  nein
- in Praxis des Auftraggebers ja  nein

#### **Abrechnung der Leistungen:**

- Honorarvereinbarung mit o. g. Stundensatz / Pauschale:  
ja  nein
- Abrechnung nach GOÄ:  
ja  nein

<sup>1</sup> zzgl. Kosten für den Impfstoff

### Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Jörg Küpper**
- Qualifikation: **ZB Betriebsmedizin**
- Dienstadresse: **Erikenweg 24, 47574 Goch**
- Telefonnummer: **02823 29737**
- E-Mail-Adresse: **joerg.kuepper@gmx.net**

### Region:

- **Duisburg**
  - **Kleve**
- Leistungen außerhalb dieser Region: **nein**

### Leistungsangebote:

Ich biete folgende Leistungen zu folgenden Konditionen an:

#### **Vor-Ort-Beratungen/Begehungen:**

- Erste Stunde der Vor-Ort-Beratung/ Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **85,00 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **85,00 €**

#### **Weitere Leistungsangebote:**

##### **Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:**

##### **➔ Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

- Tätigkeiten an Bildschirmgeräten: ja  nein
- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: ja  nein
- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: ja  nein
- Impfen<sup>1</sup>: ja  nein
- ➔ **Röntgen-Verordnung (RöV):** ja  nein
- ➔ **Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV):** ja  nein

##### **Durchführung der Leistungen:**

- in eigener Praxis ja  nein
- in Praxis des Auftraggebers ja  nein

##### **Abrechnung der Leistungen:**

- Honorarvereinbarung mit o. g. Stundensatz / Pauschale: ja  nein
- Abrechnung nach GOÄ: ja  nein

<sup>1</sup> zzgl. Kosten für den Impfstoff



### Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Andreas Lysson**
- Qualifikation: **FA Arbeitsmedizin, FA Innere Medizin**
- Dienstadresse: **Schießstraße 8 – 10, 40489 Düsseldorf**
- Telefonnummer: **0211 5047440**
- Faxnummer: **0211 5047412**
- E-Mail-Adresse: **info@dr-lysson.de**

### Region:

- **Düsseldorf**
  - **Duisburg**
- Leistungen außerhalb dieser Region: **nein**

### Leistungsangebote:

Ich biete folgende Leistungen zu folgenden Konditionen an:

#### **Vor-Ort-Beratungen/Begehungen:**

- Erste Stunde der Vor-Ort-Beratung/ Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **119,00 € inkl. MwSt.**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **59,50 € inkl. MwSt.**

#### **Weitere Leistungsangebote:**

##### **Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:**

##### ➔ **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

ggf. Steigerungssatz / Pauschale

- |  |  |  |          |
|--|--|--|----------|
| • Tätigkeiten an Bildschirmgeräten:            | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/>            | 50,12 €  |
| • Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/>            | 115,00 € |
| • Tätigkeiten mit Gefahrstoffen:               | ja <input type="checkbox"/>            | nein <input checked="" type="checkbox"/> |          |
| • Impfen <sup>1</sup> :                        | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/>            |          |
| ➔ <b>Röntgen-Verordnung (RöV):</b>             | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/>            | 130,00 € |
| ➔ <b>Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV):</b>  | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/>            | 130,00 € |

#### **Durchführung der Leistungen:**

- in eigener Praxis ja  nein
- in Praxis des Auftraggebers ja  nein

#### **Abrechnung der Leistungen:**

- Honorarvereinbarung mit o. g. Stundensatz / Pauschale:  
ja  nein
- Abrechnung nach GOÄ:  
ja  nein

<sup>1</sup> zzgl. Kosten für den Impfstoff

### Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Astrid Matela**
- Qualifikation: **ZB Betriebsmedizin**
- Dienstadresse: **Hospitalstraße 44, 52353 Düren**
- Telefonnummer: **0177 7387360**
- Faxnummer: **02421 805-1575**
- E-Mail-Adresse: [\*\*astrid.matela@gmx.de\*\*](mailto:astrid.matela@gmx.de)

### Region:

- **Kreis Düren**

Leistungen außerhalb dieser Region: **nein**

### Leistungsangebote:

Ich biete folgende Leistungen zu folgenden Konditionen an:

#### **Vor-Ort-Beratungen/Begehungen:**

- Erste Stunde der Vor-Ort-Beratung/ Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **100,00 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **50,00 €**

#### **Weitere Leistungsangebote:**

##### **Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:**

##### ➔ **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

- Tätigkeiten an Bildschirmgeräten: ja  nein
- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: ja  nein
- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: ja  nein
- Impfen<sup>1</sup>: ja  nein

➔ **Röntgen-Verordnung (RöV):** ja  nein

➔ **Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV):** ja  nein

##### **Durchführung der Leistungen:**

- in eigener Praxis ja  nein
- in Praxis des Auftraggebers ja  nein

##### **Abrechnung der Leistungen:**

- Honorarvereinbarung mit o. g. Stundensatz / Pauschale:  
ja  nein
- Abrechnung nach GOÄ:  
ja  nein

<sup>1</sup> zzgl. Kosten für den Impfstoff

### Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Barbara Müller-Nyamoya**
- Qualifikation: **ZB Betriebsmedizin**
- Dienstadresse: **Krankenhaus Düren, Roonstr. 30, 52351 Düren**
- Telefonnummer: **02421 301466**
- Faxnummer: **02421 3019-1466**
- E-Mail-Adresse: [\*\*barbara.mueller-nyamoya@krankenhaus-dueren.de\*\*](mailto:barbara.mueller-nyamoya@krankenhaus-dueren.de)

### Region:

- **Düren**

Leistungen außerhalb dieser Region: **nein**

### Leistungsangebote:

Ich biete folgende Leistungen zu folgenden Konditionen an:

#### **Vor-Ort-Beratungen/Begehungen:**

- Erste Stunde der Vor-Ort-Beratung/ Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **130,00 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **65,00 €**

#### **Weitere Leistungsangebote:**

##### **Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:**

##### ➔ **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

ggf. Steigerungssatz / Pauschale

- |  |  |                               |                     |
|--|--|-------------------------------|---------------------|
| • Tätigkeiten an Bildschirmgeräten:            | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 1,5 -fach |
| • Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,3 -fach |
| • Tätigkeiten mit Gefahrstoffen:               | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,3 -fach |
| • Impfen <sup>1</sup> :                        | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 1,0 -fach |
| ➔ <b>Röntgen-Verordnung (RöV):</b>             | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,5 -fach |
| ➔ <b>Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV):</b>  | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,5 -fach |

#### **Durchführung der Leistungen:**

- in eigener Praxis ja  nein
- in Praxis des Auftraggebers ja  nein

#### **Abrechnung der Leistungen:**

- Honorarvereinbarung mit o. g. Stundensatz / Pauschale:  
ja  nein
- Abrechnung nach GOÄ:  
ja  nein

<sup>1</sup> zzgl. Kosten für den Impfstoff

### Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Christian Neukam**
- Qualifikation: **ZB Betriebsmedizin**
- Dienstadresse: **Bonifatiusstraße 18, 46514 Schermbeck**
- Telefonnummer: **02853 600**
- Faxnummer: **02853 39479**
- E-Mail-Adresse: [betriebsmedizin@neukam.eu](mailto:betriebsmedizin@neukam.eu)

### Region:

- **Wesel**

Leistungen außerhalb dieser Region: **ja**

### Leistungsangebote:

Ich biete folgende Leistungen zu folgenden Konditionen an:

#### **Vor-Ort-Beratungen/Begehungen:**

- Erste Stunde der Vor-Ort-Beratung/ Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **100,00 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **50,00 €**

#### **Weitere Leistungsangebote:**

##### **Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:**

##### ➔ **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

ggf. Steigerungssatz / Pauschale

- Tätigkeiten an Bildschirmgeräten: ja  nein
- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: ja  nein
- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: ja  nein
- Impfen<sup>1</sup>: ja  nein

##### ➔ **Röntgen-Verordnung (RöV):** ja nein

##### ➔ **Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV):** ja nein

#### **Durchführung der Leistungen:**

- in eigener Praxis ja  nein
- in Praxis des Auftraggebers ja  nein

#### **Abrechnung der Leistungen:**

- Honorarvereinbarung mit o. g. Stundensatz / Pauschale:  
ja  nein
- Abrechnung nach GOÄ:  
ja  nein

<sup>1</sup> zzgl. Kosten für den Impfstoff

### Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Rüdiger Nordsiek**
- Qualifikation: **ZB Betriebsmedizin**
- Dienstadresse: **Erzberger Str. 95, 41061 Mönchengladbach**
- Telefonnummer: **02161 59907-0**
- Faxnummer: **02161 59907-10**
- E-Mail-Adresse: **/**

### Region:

- **Krefeld**
  - **Mönchengladbach**
  - **Neuss**
  - **Viersen**
- Leistungen außerhalb dieser Region: **ja, Kilometerpauschale nach Pauschale**

### Leistungsangebote:

Ich biete folgende Leistungen zu folgenden Konditionen an:

#### **Vor-Ort-Beratungen/Begehungen:**

- Erste Stunde der Vor-Ort-Beratung/ Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **178,50 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **89,25 €**

#### **Weitere Leistungsangebote:**

##### **Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:**

##### ➔ **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

- Tätigkeiten an Bildschirmgeräten: ja  nein
- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: ja  nein
- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: ja  nein
- Impfen<sup>1</sup>: ja  nein

##### ➔ **Röntgen-Verordnung (RöV):** ja nein

##### ➔ **Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV):** ja nein

#### **Durchführung der Leistungen:**

- in eigener Praxis ja  nein
- in Praxis des Auftraggebers ja  nein

#### **Abrechnung der Leistungen:**

- Honorarvereinbarung mit o. g. Stundensatz / Pauschale:  
ja  nein
- Abrechnung nach GOÄ:  
ja  nein

<sup>1</sup> zzgl. Kosten für den Impfstoff

### Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Hermann C. Römer**
- Qualifikation: **FA Arbeitsmedizin**
- Dienstadresse: **Altenessener Str. 442, 45329 Essen**
- Telefonnummer: **0201 319558-0**
- Faxnummer: **0201 319558-19**
- E-Mail-Adresse: **[info@arbeitsmedizin-altenessen.de](mailto:info@arbeitsmedizin-altenessen.de)**

### Region:

- **Essen**
  - **Mülheim**
  - **Oberhausen**
- Leistungen außerhalb dieser Region: **nein**

### Leistungsangebote:

Ich biete folgende Leistungen zu folgenden Konditionen an:

#### **Vor-Ort-Beratungen/Begehungen:**

- Erste Stunde der Vor-Ort-Beratung/ Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **120,00 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **60,00 €**

#### **Weitere Leistungsangebote:**

##### **Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:**

##### ➔ **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

ggf. Steigerungssatz / Pauschale

- Tätigkeiten an Bildschirmgeräten: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,2 -fach
- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,2 -fach
- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,2 -fach
- Impfen<sup>1</sup>: ja  nein  GOÄ-Satz: 1,2 -fach

##### ➔ **Röntgen-Verordnung (RöV):** ja nein

##### ➔ **Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV):** ja nein

#### **Durchführung der Leistungen:**

- in eigener Praxis ja  nein
- in Praxis des Auftraggebers ja  nein

#### **Abrechnung der Leistungen:**

- Honorarvereinbarung mit o. g. Stundensatz / Pauschale:  
ja  nein
- Abrechnung nach GOÄ:  
ja  nein

<sup>1</sup> zzgl. Kosten für den Impfstoff

### Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Sibylle Wißkirchen**
- Qualifikation: **FA Arbeitsmedizin**
- Dienstadresse: **Contilia GmbH, Huttropstr. 58, 45138 Essen**
- Telefonnummer: **0201 8974612**
- Faxnummer: **0201 8974919**
- E-Mail-Adresse: **[S.Wisskirchen@contilia.de](mailto:S.Wisskirchen@contilia.de)**

### Region:

- **Essen**
  - **Mülheim**
- Leistungen außerhalb dieser Region: **nein**

### Leistungsangebote:

Ich biete folgende Leistungen zu folgenden Konditionen an:

#### **Vor-Ort-Beratungen/Begehungen:**

- Erste Stunde der Vor-Ort-Beratung/ Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **142,80 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **71,40 €**

#### **Weitere Leistungsangebote:**

#### **Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:**

##### ➔ **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

ggf. Steigerungssatz / Pauschale

- |  |  |                               |                                |
|--|--|-------------------------------|--------------------------------|
| • Tätigkeiten an Bildschirmgeräten:            | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,3 - fach / 60,00 € |
| • Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,3 - fach / 60,00 € |
| • Tätigkeiten mit Gefahrstoffen:               | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,3 - fach / 60,00 € |
| • Impfen <sup>1</sup> :                        | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,3 - fach / 15,00 € |
| ➔ <b>Röntgen-Verordnung (RöV):</b>             | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,3 - fach / 60,00 € |
| ➔ <b>Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV):</b>  | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | GOÄ-Satz: 2,3 - fach / 60,00 € |

#### **Durchführung der Leistungen:**

- in eigener Praxis ja  nein
- in Praxis des Auftraggebers ja  nein

#### **Abrechnung der Leistungen:**

- Honorarvereinbarung mit o. g. Stundensatz / Pauschale:  
ja  nein  möglich, (120,00 €)
- Abrechnung nach GOÄ:  
ja  nein  möglich

<sup>1</sup> zzgl. Kosten für den Impfstoff

### Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Hans-Jürgen Wolff**
- Qualifikation: **FA Arbeitsmedizin**
- Dienstadresse: **Römerstraße 60, 51491 Overath-Steinenbrück**
- Telefonnummer: **02204 72577 (0171 4781478)**
- Faxnummer: **02204 72577**
- E-Mail-Adresse: **[wolff.overath@t-online.de](mailto:wolff.overath@t-online.de)**

### Region:

- **Bonn**
- **Köln**
- **Leverkusen**
- **Oberberg. Kreis**
- **Rhein.-Berg.-Kreis**
- **Rhein-Sieg-Kreis**

Leistungen außerhalb dieser Region: **nein**

### Leistungsangebote:

Ich biete folgende Leistungen zu folgenden Konditionen an:

#### **Vor-Ort-Beratungen/Begehungen:**

- Erste Stunde der Vor-Ort-Beratung/ Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **95,00 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **50,00 €**

#### **Weitere Leistungsangebote:**

##### **Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:**

##### ➔ **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

ggf. Steigerungssatz / Pauschale

- Tätigkeiten an Bildschirmgeräten: ja  nein  30,00 € / Mitarbeiter
- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: ja  nein  100,00 € / Mitarbeiter
- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: ja  nein
- Impfen<sup>1</sup>: ja  nein  15,00 € / Mitarbeiter

➔ **Röntgen-Verordnung (RöV):** ja  nein

➔ **Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV):** ja  nein

#### **Durchführung der Leistungen:**

- in eigener Praxis ja  nein
- in Praxis des Auftraggebers ja  nein

#### **Abrechnung der Leistungen:**

- Honorarvereinbarung mit o. g. Stundensatz / Pauschale:  
ja  nein
- Abrechnung nach GOÄ:  
ja  nein

<sup>1</sup> zzgl. Kosten für den Impfstoff