

Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Ingeborg Erichsen**
- Qualifikation: **FÄ Arbeitsmedizin**
- Dienstadresse: **DRK Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz Rhein-Ruhr GmbH
Düsseldorfer Str. 2, 47051 Duisburg**
- Telefonnummer: **0203/34868600**
- Faxnummer:
- E-Mail-Adresse: ingeborg.erichsen@drk-duisburg.de

Region:

- **Düsseldorf**
- **Duisburg**
- **Essen**
- **Mülheim**
- **Oberhausen**
- **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: **175,00 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung
inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **75,00 €**

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: 2,3 -fach |
| • Impfen ¹ : | 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 ☐

¹ zzgl. Kosten für den Impfstoff

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**

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 ☒ | nein ☐ | GOÄ-Satz: 1,5 -fach |
| • Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: | ja ☒ | nein ☐ | GOÄ-Satz: 1,5 -fach |
| • Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: | ja ☒ | nein ☐ | GOÄ-Satz: 2,3 -fach |
| • Impfen ¹ : | ja ☒ | nein ☐ | GOÄ-Satz: 1,2 -fach |

➔ **Röntgen-Verordnung (RöV):** ja ☒ nein ☐ GOÄ-Satz: 2,3 -fach

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

¹ 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
- Impfen¹: 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 ☐

¹ zzgl. Kosten für den Impfstoff

Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Barbara von Ingersleben**
- Qualifikation: **FÄ Arbeitsmedizin**
- Dienstadresse: **AVM Zentrum für Arbeits- und Betriebsmedizin**
Uhlstraße 95, 50321 Brühl
- Telefonnummer: **02232 13579**
- Faxnummer: **02232 419174**
- E-Mail-Adresse: info@avmedizin.de

Region:

- **Köln-Süd**
- **Rhein-Erft-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: **130,00 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **75,00 €**

Weitere Leistungsangebote:**Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:****➔ Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

ggf. Steigerungssatz / Pauschale

- Tätigkeiten an Bildschirmgeräten: ja ☒ nein ☐ 27,50 €
- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: ja ☒ nein ☐ 65,00 € zzgl. Laborkosten
- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: ja ☒ nein ☐ 65,00 € zzgl. Laborkosten
- Impfen¹: 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 ☒

¹ 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
- Homepage: 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 ☒ nein ☐ | GOÄ-Satz: 2,0 -fach |
| • Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: | ja ☒ nein ☐ | GOÄ-Satz: 2,0 -fach |
| • Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: | ja ☒ nein ☐ | GOÄ-Satz: 2,0 -fach |
| • Impfen ¹ : | ja ☒ nein ☐ | nur Impfstoff |

➔ **Röntgen-Verordnung (RöV):** ja ☒ nein ☐ GOÄ-Satz: 2,0 -fach

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

¹ 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

Region:

- **Düsseldorf**
- **Duisburg**
- **Heinsberg**
- **Kleve**
- **Krefeld**
- **Mettmann**
- **Mönchengladbach**
- **Neuss**
- **Viersen**
- **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 €
- Impfen¹: 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 ☒

¹ zzgl. Kosten für den Impfstoff

Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Jörg Küpper**
- Qualifikation: **ZB Betriebsmedizin**
- Dienstadresse: **Ostkirchstr. 50, 47574 Goch**
- Telefonnummer: **02823/2376 oder 0176/34192985**
- 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 ☐
- Impfen¹: 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 ☒

¹ zzgl. Kosten für den Impfstoff

Kontakt Daten:

- Name und Titel: **Prof. Dr. med. Thomas Kraus**
- Qualifikation: **FA Arbeitsmedizin**
- Dienstadresse: **Universitätsklinikum RWTH Aachen
Institut für Arbeits- Umwelt u. Sozialmedizin
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen**
- Telefonnummer: **0241 8088881-0**
- Faxnummer: **0241 8082477**
- E-Mail-Adresse: **tkraus@ukaachen.de**

Region:

- **Kreis Aachen**
- **Stadt Aachen**

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: **150,00 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung
inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **130,00 €**

Weitere Leistungsangebote:**Vorsorge nach folgenden Rechtsvorschriften:****➔ Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV):**

ggf. Steigerungssatz / Pauschale

- | | | | |
|--|--|-------------------------------|---------------------|
| • Tätigkeiten an Bildschirmgeräten: | ja ☒ | nein ☐ | GOÄ-Satz: 2,3 -fach |
| • Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: | ja ☒ | nein ☐ | GOÄ-Satz: 2,3 -fach |
| • Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: | ja ☒ | nein ☐ | GOÄ-Satz: 2,3 -fach |
| • Impfen ¹ : | ja ☒ | nein ☐ | GOÄ-Satz: 2,3 -fach |
| ➔ Röntgen-Verordnung (RöV): | ja ☒ | nein ☐ | GOÄ-Satz: 2,3 -fach |
| ➔ Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV): | ja ☒ | nein ☐ | 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 ☐

¹ 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 ☒ | nein ☐ | 50,12 € |
| • Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: | ja ☒ | nein ☐ | 115,00 € |
| • Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: | ja ☐ | nein ☒ | |
| • Impfen ¹ : | ja ☒ | nein ☐ | |
| ➔ Röntgen-Verordnung (RöV): | ja ☒ | nein ☐ | 130,00 € |
| ➔ Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV): | ja ☒ | nein ☐ | 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 ☐

¹ 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**

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 ☐
- Impfen¹: 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 ☒

¹ zzgl. Kosten für den Impfstoff

Kontakt Daten:

- Name und Titel: **Dr. med. Daniela Overesch**
- Qualifikation: **FA Arbeitsmedizin**
- Dienstadresse: **Aachener Str. 566, 50226 Frechen-Königsdorf**
- Telefonnummer: **02234 61332**
- Faxnummer:
- E-Mail-Adresse: **info@hausarzt-koenigsdorf.de**

Region:

- **Köln**
- **Rhein-Erft-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: **130,00 €**
- 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):**

- Tätigkeiten an Bildschirmgeräten: ja ☒ nein ☐
- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: ja ☒ nein ☐
- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: ja ☒ nein ☐
- Impfen¹: 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 ☒

¹ zzgl. Kosten für den Impfstoff

Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Prof. 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**

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 ¹ : | 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 ☐

¹ 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**

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 ☒ | nein ☐ | GOÄ-Satz: 2,3 - fach / 60,00 € |
| • Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: | ja ☒ | nein ☐ | GOÄ-Satz: 2,3 - fach / 60,00 € |
| • Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: | ja ☒ | nein ☐ | GOÄ-Satz: 2,3 - fach / 60,00 € |
| • Impfen ¹ : | ja ☒ | nein ☐ | GOÄ-Satz: 2,3 - fach / 15,00 € |
| ➔ Röntgen-Verordnung (RöV): | ja ☒ | nein ☐ | GOÄ-Satz: 2,3 - fach / 60,00 € |
| ➔ Strahlenschutz-Verordnung (StrSchV): | ja ☒ | nein ☐ | 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

¹ zzgl. Kosten für den Impfstoff

Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Sabrina Witte**
- Qualifikation: **ZB Betriebsmedizin**
- Dienstadresse: **Stadt Oberhausen, Amtsärztlicher Dienst,
Tannenbergr. 11-13, 46045 Oberhausen**
- Telefonnummer: **0174 2354230**
- E-Mail-Adresse: **service@jobpromed.de**

Region:

- **Essen**
- **Mülheim**
- **Oberhausen**

Leistungen außerhalb dieser Region: **ja**

- **Hattingen**
- **Bochum**

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: **150,00 €**
- 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):**

ggf. Steigerungssatz / Pauschale

- | | | | |
|--|--|-------------------------------|----------|
| • Tätigkeiten an Bildschirmgeräten: | ja ☒ | nein ☐ | 65,00 € |
| • Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: | ja ☒ | nein ☐ | 140,00 € |
| • Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: | ja ☒ | nein ☐ | 79,12 € |
| • Impfen ¹ : | ja ☒ | nein ☐ | 35,00 € |

➔ **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 ☒ |

¹ 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: **03222 4374125**
- E-Mail-Adresse: **wolff.overath@t-online.de**

Region:

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

Leistungen außerhalb dieser Region: **ja, plus entfernungsabhängige Fahrtkosten-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: **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 ☐ 35,00 € / Mitarbeiter
- Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: ja ☒ nein ☐ 110,00 € / Mitarbeiter
- Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: ja ☐ nein ☒
- Impfen¹: ja ☒ nein ☐ 20,00 € / Mitarbeiter

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

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

Zusatzleistungen:

- Masern-Antikörper-Diagnostik: ja ☒ nein ☐ 20,00 € / Mitarbeiter
- SARS-CoV-2-Antikörper-Diagnostik: ja ☒ nein ☐ 30,00 € / Mitarbeiter

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 ☐

¹ zzgl. Kosten für den Impfstoff

- Abrechnung nach GOÄ: ja ☐ nein ☒

Kontaktdaten:

- Name und Titel: **Dr. med. Alexander Wormit**
- Qualifikation: **Betriebsmedizin**
- Dienstadresse: **Altenessener Str. 442, 45329 Essen**
- Telefonnummer: **0201 31955880**
- Faxnummer: **0201 31955819**
- 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 €**
- Jede weitere angefangene halbe Stunde Vor-Ort-Beratung/Begehung inklusive An- und Abfahrt, Dokumentation und sämtlicher Nebenkosten pauschal: **60 €**

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
- Impfen¹: 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: falls ja bitte oben den Steigerungssatz angeben
ja ☒ nein ☐

¹ zzgl. Kosten für den Impfstoff