

Untersuchungs-Berechtigungsschein-Nr. zur Kostenforderung

[Empty box for identification number]

gemäß § 44 Jugendarbeitsschutzgesetz vpm 12.04.1976 (BGBl. I S. 965), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21.06.2005 (BGBl. I S. 16666) für die ärztliche Untersuchung der / des Jugendlichen

Form fields for personal data: Vorname, Name, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Form fields for administrative data: Datum, Unterschrift, Stempel / Dienstsiegel der Schule / Behörde

Kostenforderung

entsprechend Nr. 32 des Gebührenverzeichnisses/GOÄ

Name und Anschrift des Arztes (Kontoinhaber)

Form fields for doctor's name and address: Name, Straße und Hausnummer, PLZ, Ort

An die Landesgeschäftsstelle / zuständige Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Der / Die vorgenannte Jugendliche wurde von mir am \*\*)

Form field for Untersuchungsdatum

nach der Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung über die ärztliche Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 16. Oktober 1990 (BGBl. I S. 2221).

(Straße, Hausnummer)

Form field for erstuntersucht \*)

(PLZ)

(Ort)

Eine Ergänzungsuntersuchung gemäß § 38 Jugendarbeitsschutzgesetz habe ich

Form field for - veranlasst \*)

Form field for - selbst vorgenommen \*)

Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 JArbSchG habe ich für den

Form field for Zeitpunkt

angeordnet.

Ich bitte um Überweisung des Pauschbetrages auf mein Konto:

Form field for IBAN

Form field for ggf. BIC

Form field for Datum

Form field for Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

Nur gültig bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen

\*\*\*) Als der Tag der Untersuchung gilt der Tag der abschließenden Beurteilung (§ 1 Abs. 2 der Bundesverordnung)

Hinweis: Dies ist ein elektronisches Formular. Es kann hinsichtlich Form und Farbe vom gedruckten Formular abweichen.