

Untersuchungs-Berechtigungsschein-Nr.
zur Kostenforderung

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße		Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ	Ort	

Datum

Unterschrift

Stempel / Dienstsiegel der
Schule / Behörde

Kostenforderung

entsprechend Nr. 32 des Gebührenverzeichnisses/GOÄ

Name und Anschrift des Arztes (Kontoinhaber)

<input type="text"/>	
Name	
<input type="text"/>	
Straße und Hausnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort

An die Landesgeschäftsstelle /
zuständige Bezirksstelle
der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

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

<input type="text"/>
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)

nachuntersucht *)

Eine Ergänzungsuntersuchung gemäß § 38 Jugendarbeitsschutzgesetz habe ich

(PLZ)

(Ort)

- veranlasst *)

- selbst vorgenommen *)

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

<input type="text"/>
Zeitpunkt

angeordnet.

Ich bitte um Überweisung des Pauschbetrages auf mein Konto:

<input type="text"/>
IBAN

<input type="text"/>
ggf. BIC

<input type="text"/>
Datum

<input type="text"/>
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.