

Untersuchungs-Berechtigungsschein-Nr.

zur Kostenforderung

gemäß § 44 Jugendarbeitsschutzgesetz vom 12.04.1976 (BGBl. I S. 965), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21.06.2005 (BGBl. I S. 1666) 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 | |

| | | |
|----------------------|----------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 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

Untersuchungsdatum

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

(Straße, Hausnummer)

erstuntersucht *)

(PLZ) (Ort)

Eine Ergänzungsuntersuchung gemäß § 38 Jugendarbeitsschutzgesetz habe ich – veranlasst *) – selbst vorgenommen *)

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

Ich bitte um Überweisung des Pauschbetrages auf mein Konto

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Konto-Nummer | Bankleitzahl |

bei

Name und Anschrift des Geldinstitutes

| | | |
|--|-------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Datum | 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 elektronisch erstelltes Formular. Es kann hinsichtlich Form und Farbe vom gedruckten Exemplar abweichen.