

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

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

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 Untersuchungstermin (date)

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)

nachuntersucht \*) [ ]

(PLZ) (Ort)

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

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

Form field for Zeitpunkt (time)

angeordnet.

Ich bitte um Überweisung des Pauschbetrages auf mein Konto

Form field for Konto-Nummer

Form field for Bankleitzahl

bei [ ] Name und Anschrift des Geldinstitutes

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 elektronisch erstelltes Formular. Es kann hinsichtlich Form und Farbe vom gedruckten Exemplar abweichen.