

**Untersuchungs-Berechtigungsschein-Nr.**  
zur Kostenforderunggemäß § 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

<div></div> <div>Vorname</div>	<div></div> <div>Name</div>	<div></div> <div>Geburtsdatum</div>
<div></div> <div>Straße</div>		<div></div> <div>Hausnummer</div>
<div></div> <div>PLZ</div>	<div></div> <div>Ort</div>	

Datum

Unterschrift

Stempel / Dienstsiegel der  
Schule / Behörde**Kostenforderung**

entsprechend Nr. 32 des Gebührenverzeichnisses/GOÄ

Name und Anschrift des Arztes (Kontoinhaber)

<div></div> <div>Name</div>	
<div></div> <div>Straße und Hausnummer</div>	
<div></div> <div>PLZ</div>	<div></div> <div>Ort</div>

**An die Landesgeschäftsstelle /  
zuständige Bezirksstelle  
der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns**

(Straße, Hausnummer)

(PLZ) (Ort)

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).

nachuntersucht \*)

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

Konto-Nummer

Bankleitzahl

bei

Name und Anschrift des Geldinstitutes

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.