

**Überweisung zur Ergänzungsuntersuchung nach  
§ 38 des Jugendarbeitsschutzgesetzes zum Untersuchungsberechtigungsschein Nr..... \*)**

**Der Überweisungsschein gilt nur bis zum vollendeten 18. Lebensjahr der/des Jugendlichen**

..... den .....  
(Name der Ärztin bzw. des Arztes, Stempel) (Ort) (Datum)

Der/Die Jugendliche ..... geb. am .....  
(Name, Vorname)

Wohnhaft ..... wurde von mir nach dem  
Jugendarbeitsschutzgesetz untersucht.

Zur abschließenden Beurteilung des Gesundheitszustandes ist folgende ärztliche Ergänzungsuntersuchung notwendig:

.....  
.....  
.....

Ich bitte, diese Untersuchung vorzunehmen und den Befund unten einzutragen.

.....  
(Unterschrift der überweisenden Ärztin bzw. des überweisenden Arztes)

..... den .....  
(Name der Fachärztin bzw. des Facharztes, Stempel) (Ort) (Datum)

## Urschriftlich

zurückgesandt.

Die oben erbetene Ergänzungsuntersuchung habe ich durchgeführt. Folgender Befund wurde dabei erhoben:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(Unterschrift der Fachärztin bzw. des Facharztes)

\*) Die Nummer des Untersuchungsberechtigungsscheins ist von der überweisenden Ärztin bzw. dem überweisenden Arzt einzusetzen.

**Überweisung zur Ergänzungsuntersuchung zum Untersuchungsberechtigungschein Nr .....\*)**

**Der Überweisungsschein gilt nur bis zum vollendeten 18. Lebensjahr der/des Jugendlichen**

.....den .....  
(Name der Ärztin bzw. des Arztes, Stempel) (Ort) (Datum)

Der/Die Jugendliche ..... geb. am .....  
(Name, Vorname)

wohnhaft ..... wird von mir nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz untersucht.

Zur abschließenden Beurteilung des Gesundheitszustandes ist folgende ärztliche Ergänzungsuntersuchung notwendig:

.....  
.....  
.....

Ich bitte, diese Untersuchung vorzunehmen.

.....  
(Unterschrift der überweisenden Ärztin bzw. des überweisenden Arztes)

.....  
(Name der Fachärztin bzw. des Facharztes, Stempel) (Ort) (Datum)

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

Betr.: Kostenberechnung für Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Die obige Untersuchung wurde von mir am ..... in folgender Weise vorgenommen:

.....  
.....  
.....

Nach den Mindestsätzen der GOÄ berechne ich

Ziffer .....

Ziffer .....

Ziffer .....

Insgesamt:           €0,00          

Ich bitte um Überweisung des Betrags auf mein Konto (IBAN) .....

.....  
(Unterschrift der Fachärztin bzw. des Facharztes)