

(Stempel des überweisenden Arztes)

**Überweisung
zu einer Ergänzungsuntersuchung im Sinne
des § 38 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (JArbSchG)**

Gültig längstens bis zum Tag der Vollendung
des 18. Lebensjahres

Arzt Nr.
Beleg Nr.
Unters. Art
6

Der/Die nachgenannte Jugendliche wird von mir auf Grund der Vorschrift des § 32 Abs. 1, § 33 Abs. 1, § 34, § 35 Abs. 1 oder § 42 JArbSchG untersucht.

(Name)	(Vorname)	(Geburtsdatum)
(PLZ)	(Wohnort)	Untersuchungsberechtigungsschein ausgegeben (Gemeinde) (am)

Zur abschließenden Beurteilung des Gesundheits- und Entwicklungsstandes des/der Jugendlichen ist eine Ergänzungsuntersuchung

durch	notwendig, die sich auf Folgendes erstrecken soll:
-------	--

Ich bitte, diese Untersuchung vorzunehmen und mir den Befundbericht zuzuleiten.

(Ort)	(Datum)
(Unterschrift des überweisenden Arztes)	

Kostenforderung (Vom Arzt auszufüllen, der die Ergänzungsuntersuchung vorgenommen hat!)

Die erbetene Ergänzungsuntersuchung habe ich durchgeführt am:

Ich berechne nach - GOÄ/GOZ und der Anlage (einf. Gebührensatz) - _____ Nummer _____ Euro Nummer _____ Euro Nummer _____ Euro Nummer _____ Euro Nummer _____ Euro Nummer _____ Euro Nummer _____ Euro Insgesamt: _____ Euro	Bitte freilassen! _____ Euro _____ Euro _____ Euro _____ Euro _____ Euro _____ Euro _____ Euro _____ Euro	Sachlich richtig: _____ Reg. Rechnerisch richtig mit _____ Euro _____ Cent _____ Reg. Ang. Verg. Gr. Reg.
--	---	--

Ich bitte, den Gesamtbetrag auf das nachgenannte Konto zu überweisen:

(Bankleitzahl)	(Bank, Sparkasse, Postbank)	(Konto Nr.)
----------------	-----------------------------	-------------

**Landesamt für Soziales, Gesundheit
und Verbraucherschutz**
Hochstraße 67

66115 Saarbrücken

Die für die Teilnahme am Zahlungsverkehr im Datenaustauschverfahren erforderlichen Angaben erfolgten freiwillig.

_____, den _____
(Ort)

(Stempel des Arztes) _____
(Unterschrift des Arztes)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">DE</div>	Evtl. Rechnungs-Nr. des Arztes:
--	---------------------------------