SAARLAND

Untersuchungsberechtigungsschein

Arzt Nr.
Beleg Nr.

für eine

	Zutreffendes ankreuzen!	Unters. Arten
erste Nachuntersuchung nach § 33 Abs. 1 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (JArbSchG)		2
weitere Nachuntersuchung nach § 34 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (JArbSchG)		3
außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (JArbSchG)		4
Untersuchung auf Anordnung der Aufsichtsbehörde nach § 42 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (JArbSchG)		5

(und für die dabei vom Arzt gemäß § 38 JArbSchG angeordnete/n Ergänzungsuntersuchung/en).

Dieser Untersuchungsberechtigungsschein gilt längstens bis einschließlich _____

_____ (Name)	_____ (Vorname/n)	_____ (Geburtsdatum)
_____ (PLZ)	_____ (Wohnort, Straße, Hausnummer)	_____ (Geburtsort)

Falls Wohnort außerhalb der Bundesrepublik Deutschland außerdem Name und Adresse des voraussichtlichen oder tatsächlichen Arbeitgebers:

_____
(Sonst ist diese Zeile durchzustreichen)

Die Untersuchung/en kann/können von jedem in der Bundesrepublik Deutschland approbierten Arzt vorgenommen werden. Die Kosten für sie trägt nach § 44 JArbSchG das Saarland.

	_____ (Ort)	_____ (Ausgegeben am)
(Dienstsiegel der Gemeinde)	_____ (Stempel und Unterschrift)	

Kostenforderung des Arztes

Die oben bezeichnete Untersuchung habe ich durchgeführt am: _____
(Es ist einzutragen der Tag der abschließenden Beurteilung)

gemäß der auf Grund des § 46 Abs. 1 JArbSchG erlassenen Verordnung über die Durchführung der ärztlichen Untersuchungen und über die für die Aufzeichnungen der Untersuchungsbefunde, die Bescheinigungen und Mitteilungen zu verwendenden Vordrucke. Das Ergebnis der von mir angeordneten Ergänzungsuntersuchung/en habe ich bei meiner Beurteilung im Untersuchungsbogen berücksichtigt.

Die Ergänzungsuntersuchung/en hat/haben durchgeführt:

_____
(Name und Anschrift des Arztes/der Ärzte)

Ich bitte, den mir für die Untersuchung zustehenden Pauschbetrag nach der auf Grund des § 46 Abs. 2 Nr. 2 JArbSchG erlassenen Verordnung 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.

_____ (Ort), den _____

(Stempel des Arztes) _____ (Unterschrift des Arztes)

DE

Evtl. Rechnungs-Nr. des Arztes: