

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

Der Überweisungsschein gilt nur bis zum vollendeten 18. Lebensjahr d. Untersuchten

..... den .....  
(Name des Arztes, Stempel) (Ort) (Datum)

Herr/Frau ..... 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 und den Befund unten einzutragen.

.....  
(Unterschrift des überweisenden Arztes)

(Abtrennen und ausgefüllt an den überweisenden Arzt zusammen mit Bogen 2 zurücksenden.)

..... den .....  
(Name des Arztes, Stempel) (Ort) (Datum)

## Urschriftlich

zurückgesandt.

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

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

**Meine Kostenabrechnung füge ich bei mit der Bitte, sie zusammen mit dem oben genannten Untersuchungsberechtigungsschein beim Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie Postfach 102, 30002 Hannover einzureichen.**

.....  
(Unterschrift des Arztes)

\*) Die Nummer des Untersuchungsberechtigungsscheins ist vom überweisenden Arzt einzusetzen.

(Der Bogen 2 ist dem überweisenden Arzt mit dem Untersuchungsergebnis auf Bogen 1 zurückzusenden, der den Bogen 2 zusammen mit dem Untersuchungsberechtigungsschein der Abrechnungsstelle vorlegt.)

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

**Der Überweisungsschein gilt nur bis zum vollendeten 18. Lebensjahr d. Untersuchten**

(Name des Arztes, Stempel) ..... den ..... (Ort) ..... (Datum)  
Herr/Frau ..... (Name, Vorname) ..... geb. am .....

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

Zur abschließenden Beurteilung des Gesundheitszustandes ist folgende ärztliche Ergänzungsuntersuchung notwendig:

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

Ich bitte, diese Untersuchung vorzunehmen.

.....  
(Unterschrift des überweisenden Arztes)

(Name des Arztes, Stempel) ..... (Ort) ..... (Datum)

**Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie  
Postfach 102  
30002 Hannover**

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: \_\_\_\_\_

Ich bitte um Abrechnung zusammen mit der Abrechnung des oben genannten Untersuchungsberechtigungsscheines und Überweisung des Betrages auf mein Konto Nr .....

.....  
(Unterschrift des Arztes)