

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)