

Ergänzungsuntersuchung

nach § 38 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (JArbSchG) vom 12. April 1976 (BGBl. I S. 965) in der zzt. geltenden Fassung

zum Untersuchungsberechtigungsschein Nr. _____ Hamburg,
vom Arzt einzutragen

Hinweis:

Nur gültig bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
Untersuchungen von volljährigen werden nicht honoriert.

Name und Unterschrift des Arztes

Der/Die Jugendliche _____ geb. am _____
Name, Vorname

wohnhaft in _____ Alter _____

wird von mir nach §§ 32 / 33 / 34 / 35 JArbSchG untersucht *).

Zur abschließenden Beurteilung des Gesundheitszustandes ist folgende Ergänzungsuntersuchung erforderlich:

_____ **)

Ich bitte, diese Untersuchung vorzunehmen, den Befund unten einzutragen und mir die Durchschrift zuzusenden.

Unterschrift und Stempel
des die Ergänzungsuntersuchung veranlassenden Arztes

Name und Anschrift des Arztes Hamburg,

Bei der erbetenen Untersuchung habe ich folgende Befunde erhoben ***):

Unterschrift und Stempel

*) Nicht zutreffendes streichen

**) Möglichst genau angeben, welche Einzeluntersuchungen erforderlich sind.

***) Die Antwort ist so genau wie möglich der Fragestellung anzupassen.

Ergänzungsuntersuchung

nach § 38 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (JArbSchG) vom 12. April 1976 (BGBl. I S. 965) in der zzt. geltenden Fassung

zum Untersuchungsberechtigungsschein Nr. _____ Hamburg,
vom Arzt einzutragen

Hinweis:

Nur gültig bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
Untersuchungen von volljährigen werden nicht honoriert.

Name und Unterschrift des Arztes

Der/Die Jugendliche _____ geb. am _____
Name, Vorname

wohnhaft in _____ Alter _____

wird von mir nach §§ 32 / 33 / 34 / 35 JArbSchG untersucht *).

Zur abschließenden Beurteilung des Gesundheitszustandes ist folgende Ergänzungsuntersuchung erforderlich:

_____ **)

Ich bitte, diese Untersuchung vorzunehmen, den Befund unten einzutragen und mir die Durchschrift zuzusenden.

Das Original bitte ich ausgefüllt als Liquidation bei der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Amt für Arbeitsschutz, Rechnungsstelle (AS 104) Billstraße 80, 20539 Hamburg, einzureichen.

**Behörde für
Justiz und Verbraucherschutz
Amt für Arbeitsschutz
Rechnungsstelle (AS 104)
Billstraße 80
20539 Hamburg**

Unterschrift und Stempel
des die Ergänzungsuntersuchung veranlassenden Arztes

Die Ergänzungsuntersuchung habe ich am _____ vorgenommen.

Nach § 11 Abs. 1 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechne ich:

Nummer _____
Nummer _____
Nummer _____
Nummer _____
Nummer _____

Ich bitte um Überweisung des Betrages auf mein Konto

IBAN: _____ **BIC:** _____

bei _____

*) Nicht zutreffendes streichen
**) Möglichst genau angeben, welche Einzeluntersuchungen erforderlich sind.

Unterschrift und Stempel