

## Untersuchungsberechtigungsschein (nur für Jugendliche unter 18 Jahren) gemäß Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

### 1. Art der Untersuchung \*

Erstuntersuchung gemäß § 32 Abs. 1 JArbSchG

Nachuntersuchung gemäß § 33 Abs. 1, § 34 JArbSchG

außerordentliche Nachuntersuchung gemäß § 35 Abs. 1 JArbSchG

### 2. Zu untersuchende/r Jugendliche/r \*

Name Vorname

Geburtsdatum

#### Anschrift

Straße und Haus-Nr.

PLZ

Ort (Hauptwohnsitz in Sachsen)

Landkreis/kreisfreie Stadt

#### Personensorgeberechtigte/r:

Name Vorname

#### Anschrift

Straße und Haus-Nr.

PLZ

Ort

Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass die oben bezeichnete ärztliche Untersuchung (Nr. 1) noch nicht vorgenommen wurde.

Datum \*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten  
(Ist die/der Personensorgeberechtigte ausnahmsweise nicht erreichbar, so genügt die Unterschrift der/des Jugendlichen.)

### 3. Erklärungen des Arztes/der Ärztin \*

Die/der vorgenannte Jugendliche (Nr. 2) wurde von mir nach der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung (JArbSchUV) untersucht.

<b>Art der Untersuchung (Nr. 1):</b>	<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung	<input type="checkbox"/> Nachuntersuchung	<input type="checkbox"/> außerordentliche Nachuntersuchung
Untersuchungsdatum:			
Als der Tag der Untersuchung gilt der Tag der abschließenden Beurteilung (§ 1 Abs. 2 der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung).			

<b>Eine Ergänzungsuntersuchung gemäß § 38 JArbSchG habe ich:</b>	<input type="checkbox"/> veranlasst	<input type="checkbox"/> selbst vorgenommen
--	-------------------------------------	---

**Eine außerordentliche Nachuntersuchung gemäß § 35 Abs. 1 JArbSchG habe ich angeordnet.**

Untersuchungsdatum:

<input type="checkbox"/> BSNR 9-stellig	<input type="checkbox"/> LANR (falls vorhanden)
<small>(von nicht zugelassenen oder nicht in Sachsen zugelassenen Ärztinnen/Ärzten auszufüllen)</small>	

Die Kostenanforderungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen einzureichen.  
Bitte beachten Sie die Hinweise zur Abrechnung mit der **Abrechnungsnummer 99150** auf der folgenden Seite 3.

Datum \*

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift der Ärztin/des Arztes



### **Informationen für Vertragsärztinnen/ärzte, die in Sachsen zugelassen sind**

Ergänzungsuntersuchungen rechnen Sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen im Rahmen Ihrer Quartalsabrechnung mit der Abrechnungsnummer 99151 unter Angabe des Wertes der Summe der GOÄ-Rechnung (bei Anwendung des **einfachen Steigerungssatzes**) in der Feldkennung 5012 (Kosten) sowie dem Untersuchungszweck Ergänzungsuntersuchung in der Feldkennung 5011 (Bezeichnung) ab.

Bitte legen Sie dafür einen Behandlungsschein mit dem Kostenträger der VKNR 98854 (Landesdirektion Sachsen - Kostenträgergruppe 86, IK: 961470023) unter Angabe der ICD Z00.0G an.

Bitte reichen Sie zu Ihrer Abrechnung das Formular zur Abrechnung von Ergänzungsuntersuchungen sowie die Rechnung nach GOÄ (bei Anwendung des **einfachen Steigerungssatzes**) ein.

### **Informationen für Vertragsärztinnen/ärzte, die nicht in Sachsen zugelassen sind, sowie für privatärztlich tätige Ärztinnen/Ärzte/Einrichtungen**

Vor Ihrer Abrechnung beantragen Sie bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen unter Vorlage einer amtlich beglaubigten Kopie der Approbationsurkunde eine Betriebsstättennummer.

Zur Abrechnung der Untersuchungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen reichen Sie das Formular zur Abrechnung von Ergänzungsuntersuchungen ein.

Bitte legen Sie die Erklärung zur Abrechnung sowie die Rechnung gemäß GOÄ (mit den Angaben gemäß § 14 Abs. 4 Umsatzsteuergesetz) bei.

Eine Abrechnung ist bis zum Ende des Quartals nach dem Quartal der Untersuchung möglich.

Weitere Informationen finden Sie auf der Internetpräsenz der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen unter