

Abrechnungsbogen für die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen

ACHTUNG: Diesen Vordruck bitte deutlich, vollständig und leserlich ausfüllen.

HINWEIS: Die Erstattung erfolgt jeweils halbjährlich im Juni und Dezember als Sammelabrechnung.

Name des Arztes - Stempel

Datum

An den
Kreis Minden-Lübbecke
Gesundheitsamt
z. H. Herrn Neufeld
Portastraße 13

32423 Minden

Folgende Jugendliche wurden von mir nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz untersucht:

Nr.	Name Vorname	Geb.datum	PLZ, Ort	Straße
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				

Abrechnung:

Anzahl der UB-Scheine: _____ x 23,50 € je Untersuchung = Gesamtbetrag: _____ €

Bankverbindung:

Kreditinstitut: _____

Bankleitzahl: _____

Konto-Nr.: _____

(Stempel und Unterschrift des Arztes)

Angaben geprüft: _____
(Datum) (Sachbearbeiter)