

# Jugendarbeitsschutzuntersuchung – Abrechnungsb formular –

Name, Vorname der/des Jugendlichen

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

wohnhaft in (Anschrift)

UBS-ID  
(14-stellig; Bsp.: TH123456789000)

Folgende Untersuchung habe ich gemäß Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) am

Datum (TT.MM.JJJJ)

durchgeführt (bitte ankreuzen):

- |  |                 |
|--|-----------------|
| <input type="radio"/> Erstuntersuchung (§ 32 JArbSchG)                                     | Abr.-Nr. 99032A |
| <input type="radio"/> erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG)                               | Abr.-Nr. 99032B |
| <input type="radio"/> weitere Nachuntersuchung (§ 34 JArbSchG)                             | Abr.-Nr. 99032C |
| <input type="radio"/> außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35 JArbSchG)                    | Abr.-Nr. 99032D |
| <input type="radio"/> Untersuchungen durch Eingreifen der Aufsichtsbehörde (§ 42 JArbSchG) | Abr.-Nr. 99032E |
| <input type="radio"/> Ergänzungsuntersuchung (§ 38 JArbSchG, nur nach Veranlassung)        | Abr.-Nr. 99032  |

Im Rahmen der Ergänzungsuntersuchung wurden die nachstehenden Leistungen entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) von mir erbracht (bitte zutreffende GOÄ-/GOZ-Ziffern angeben):

- |                         |                         |                          |
|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1. <input type="text"/> | 5. <input type="text"/> | 9. <input type="text"/>  |
| 2. <input type="text"/> | 6. <input type="text"/> | 10. <input type="text"/> |
| 3. <input type="text"/> | 7. <input type="text"/> | 11. <input type="text"/> |
| 4. <input type="text"/> | 8. <input type="text"/> | 12. <input type="text"/> |

Ich bitte um Überweisung der Untersuchungskosten entsprechend der aktuell gültigen Vergütungssätze nach der GOÄ/GOZ auf folgendes Konto:

Kontoinhaber\*:

Kreditinstitut\*:

IBAN\*:  BIC\*:

\* Diese Angaben müssen nicht von Thüringer Vertragsärzten ausgefüllt werden.

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift des Arztes

Arztstempel

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Abrechnungsb formular an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (siehe Seite 2).

Bitte senden an:

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

## Hinweise zur Durchführung und Abrechnung

- Untersuchungen nach dem JArbSchG sind nur bei Jugendlichen **unter 18 Jahren** durchzuführen.
- Die/Der Jugendliche hat dem Arzt vor Beginn der Untersuchung einen **Untersuchungsberechtigungschein (UBS) mit einer eindeutigen Identifikationsnummer (UBS-ID genannt)** sowie einen **Erhebungsbogen** in digitaler oder papiergebundener Form vorzulegen.
- Zur Dokumentation der ärztlichen Untersuchung verwendet der Arzt den entsprechenden **Untersuchungsbogen** (Anlage 2/2a) und händigt der/dem Jugendlichen die **Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten** (Anlage 3/3a) sowie die **Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber** (Anlage 4/4a) aus.
- Sofern eine Ergänzungsuntersuchung zur Abklärung des Gesundheitszustandes unbedingt erforderlich ist, ist diese im Bedarfsfall vom Arzt, der die Erst- bzw. Nachuntersuchung durchführt, mit dem Formular „**Durchführung einer Ergänzungsuntersuchung**“ (Anlage 5) zu veranlassen.
- Die Untersuchung ist erst abgeschlossen, wenn sämtliche Untersuchungsbefunde, auch ein erforderlicher ärztlicher Ergänzungsbefund, ausgewertet und auf dem Untersuchungsbogen vermerkt worden sind.
- Zur Abrechnung der Untersuchung hat der untersuchende Arzt das **Abrechnungsf formular** vollständig auszufüllen:
  - Die persönlichen Daten der/des Jugendlichen (**Name, Geburtsdatum, Anschrift sowie zwingend die UBS-ID**) können gern vom Jugendlichen bzw. von dessen Personensorgeberechtigten selbst am Untersuchungstag auf dem Abrechnungsf formular eingetragen werden.
  - Die **Art sowie der Tag der Untersuchung** sind vom Arzt deutlich zu kennzeichnen. Darüber hinaus ist die **Bankverbindung** zur Überweisung der Untersuchungskosten anzugeben (nicht von Thüringer Vertragsärzten) und das Abrechnungsf formular mit **Datum, Unterschrift des Arztes und Arztstempel** zu versehen.
- Das Abrechnungsf formular ist im Zuge der Quartalsabrechnung an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar zu senden (siehe Briefkopf oben).
- Die Kosten für die ärztlichen Untersuchungen der Thüringer Jugendlichen trägt gemäß § 44 JArbSchG der Freistaat Thüringen. Basis für die Berechnung der Vergütung ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach dem einfachen Gebührensatz. Eine privatärztliche Abrechnung der Untersuchungen nach dem JArbSchG gegenüber der/dem Jugendlichen ist nicht gestattet.