

# KREIS SOEST

Datum:

(Praxisstempel)

An den Kreis Soest  
Abteilung Gesundheit  
Verwaltung  
Hoher Weg 1-3  
59494 Soest

## Abrechnung der Honorarkosten für durchgeführte Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Rechnungsnummer\*: \_\_\_\_\_  
(\*zum Vermerk auf Überweisung vom Arzt zu vergeben)

Lfd. Nr.	Name, Vorname	E	N	AON	WN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Bitte überweisen Sie mir den zurzeit festgesetzten Pauschbetrag von

23,50 Euro x \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ €

auf mein Konto bei der \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

**Die originalen grünen Untersuchungsberechtigungsscheine füge ich ausgefüllt bei.**

Ich habe eine Ergänzungsuntersuchung bei folgenden Jugendlichen vorgenommen:

Lfd. Nr.	Name, Vorname	Honorar- forderung	angewiesener Betrag*	Bemerkungen*
1				
2				

\* nicht vom Antragsteller auszufüllen.