



Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Team Arztregister  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt am Main

## Untersuchungen nach § 44 des Jugendarbeitsschutzgesetzes

a) Ärzte, die nicht für arbeitsmedizinische/betriebsärztliche Dienste tätig sind:

Ja, ich reiche meine Abrechnung unter einer Betriebsstättennummer (BSNR) ein.

➤ **Einzelpraxis:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Lebenslange Arztnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

➤ **Berufsausübungsgemeinschaft** (weitere Ärzte können auf Seite 4 genannt werden):

1. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Lebenslange Arztnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

2. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Lebenslange Arztnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

b) Arbeitsmedizinischer/betriebsärztlicher Dienst:

Ja, wir möchten unsere Abrechnung generell unter einer Betriebsstättennummer (BSNR) des Arbeitsmedizinischen Dienstes einreichen

\_\_\_\_\_  
Name des Arbeitsmedizinischen Dienstes



c) Ärzte arbeitsmedizinischer/betriebsärztlicher Dienste:

Ja, ich möchte meine Abrechnung unter einer eigenen Betriebsstättennummer (BSNR) einreichen.

\_\_\_\_\_  
**Name des Arbeitsmedizinischen Dienstes**

\_\_\_\_\_  
**Name, Vorname (Arzt im arbeitsmedizinischen Dienst)**

\_\_\_\_\_  
**Lebenslange Arztnummer**

\_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum**

**Daten Praxis / Arbeitsmedizinischer Dienst:**

\_\_\_\_\_  
**PLZ**

\_\_\_\_\_  
**Ort**

\_\_\_\_\_  
**Straße und Hausnummer**

\_\_\_\_\_  
**Bankname**

\_\_\_\_\_  
**IBAN**

\_\_\_\_\_  
**BIC**

\_\_\_\_\_  
**Kontoinhaber**

\_\_\_\_\_  
**Verwendungszweck**

→ **Datum der Erstleistung:** \_\_\_\_\_

