

**Für Ärzte und ärztliche Einrichtungen, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung
in Westfalen-Lippe zugelassen sind**

**Bitte zusammen mit den abrechnungsbegründenden Unterlagen¹
zum JArbSchG einreichen!**

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen Lippe
GB Abrechnung
Robert-Schirrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Erklärung zur Abrechnung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen

für das ____ Quartal 20 ____

Ich versichere, dass die zur Abrechnung eingereichten Leistungen von Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) nach dem geltenden Vertrag zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW und dem Land NRW „über die Beauftragung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Abrechnung der Gebührenforderung der Ärztinnen und Ärzte im Rahmen von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen“ über die in NRW erbracht werden.

Meine gemäß den geltenden Bestimmungen des Vertrages zur Abrechnung gehörenden abrechnungsbegründenden Unterlagen bestehen aus:

_____ Kostenforderung(en)

Zudem erkläre ich, dass ich für diese Leistungen noch keine Vergütung geltend gemacht habe und auch nicht geltend machen werde.

BSNR: _____

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

¹ Kostenforderung mit UBS-ID