

**HNF-Checkliste für die ärztliche Untersuchung unbegleiteter minderjähriger Ausländer**

<b>Auftraggeber</b> Jugendamt der Stadt: Telefonnummer Ansprechpartner/in	<b>Auftragnehmer</b> Telefonnummer Ansprechpartner/in
<b>Einrichtung/Unterkunft</b> Straße Ort Telefonnummer Ansprechpartner/in der Einrichtung/Unterkunft	<b>Bemerkungen:</b>
<b>Name:</b> _____ <b>Vorname:</b> _____ <b>Geburtsdatum:</b> _____ <b>Staatsangehörigkeit:</b> _____ <b>Telefonnummer:</b> _____	

Nach § 42a Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB VIII / § 62 AsylVfG bzw. § 36 Abs. 4 IfSG bitten wir um:

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Klinische Untersuchung</b><br><input type="checkbox"/> <b>Röntgen Thorax (ab vollendetem 15. Lebensjahr)</b><br><input type="checkbox"/> <b>Interferon-Gamma-Test (bis zum vollendetem 15. Lebensjahr)</b><br><input type="checkbox"/> <b>Impfungen nach STIKO-Empfehlungen</b> |
|---|

\_\_\_\_\_. Datum                      \_\_\_\_\_ Unterschrift (Jugendamt Stadt \_\_\_\_\_) Name in Druckschrift

**Angaben der zu untersuchenden Person:**

Es liegt keine Schwangerschaft vor.

.....(Datum und Unterschrift)

.....(ggf. auch Unterschrift Dolmetscher)

Die letzte Röntgenuntersuchung war am: .....

Ich bin mit der Röntgenuntersuchung für **den Jugendlichen / die Jugendliche**

**Name:**..... einverstanden.

.....(Datum / Unterschrift)

Vormund/gesetzlicher Vertreter des UMA (in Druckschrift)

.....(ggf. auch Unterschrift Dolmetscher)