

Untersuchungsberechtigungsschein (nur für Jugendliche unter 18 Jahren) gemäß Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

1. Art der Untersuchung *

Erstuntersuchung gemäß § 32 Abs. 1 JArbSchG

Nachuntersuchung gemäß § 33 Abs. 1, § 34 JArbSchG

außerordentliche Nachuntersuchung gemäß § 35 Abs. 1 JArbSchG

2. Zu untersuchende/r Jugendliche/r *

Name Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße und Haus-Nr.

PLZ

Ort (Hauptwohnsitz in Sachsen)

Landkreis/kreisfreie Stadt

Personensorgeberechtigte/r:

Name Vorname

Anschrift

Straße und Haus-Nr.

PLZ

Ort

Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass die oben bezeichnete ärztliche Untersuchung (Nr. 1) noch nicht vorgenommen wurde.

Datum *

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten
(Ist die/der Personensorgeberechtigte ausnahmsweise nicht erreichbar, so genügt die Unterschrift der/des Jugendlichen.)

3. Erklärungen des Arztes/der Ärztin *

Die/der vorgenannte Jugendliche (Nr. 2) wurde von mir nach der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung (JArbSchUV) untersucht.

Art der Untersuchung (Nr. 1):	<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung	<input type="checkbox"/> Nachuntersuchung	<input type="checkbox"/> außerordentliche Nachuntersuchung
Untersuchungsdatum:			
Als der Tag der Untersuchung gilt der Tag der abschließenden Beurteilung (§ 1 Abs. 2 der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung).			

Eine Ergänzungsuntersuchung gemäß § 38 JArbSchG habe ich: veranlasst

Eine außerordentliche Nachuntersuchung gemäß § 35 Abs. 1 JArbSchG habe ich angeordnet.

Untersuchungsdatum:

BSNR 9-stellig LANR (falls vorhanden)

(von nicht zugelassenen oder nicht in Sachsen zugelassenen Ärztinnen/Ärzten auszufüllen)

Die Kostenanforderungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen einzureichen.

Datum *

Stempel / Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Erhebungsbogen für die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

– vom Personensorgeberechtigten¹ auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben;²
dem Arzt vom Jugendlichen bei der Untersuchung vorzulegen –

	UBS-ID	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																		
Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen																				
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort																				
Beabsichtigte berufliche Tätigkeit																				
Name, Vorname, Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)																				

Zutreffendes bitte ankreuzen, wenn es besteht oder „ein Verdacht auf“ existiert.

A Vorgeschichte des Jugendlichen

A.1 Krankheiten/Behinderungen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Augenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Ohrenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Krankheiten | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Knochen-Gelenk-Krankheiten | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> andere Krankheiten/Behinderungen | welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Operationen/Unfälle | welche: _____ | |
| | wann: _____ | |
| <input type="checkbox"/> noch Beschwerden/Folgen | welche: _____ | |

A.2 Häufige Beschwerden (Beispiele):

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Kopfschmerz |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Hautausschläge |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | |

A.3 **Zurzeit in ärztlicher Behandlung** Grund: _____

A.4 **Regelmäßige Medikamenteneinnahme** welche: _____

**Bitte – falls vorhanden – zur Untersuchung mitbringen:
Impfnachweise, Sehhilfen (Brillenpass), Allergiepass, Feststellungsbescheide über Behinderungen.**

(Datum)

(Unterschrift des Personensorgeberechtigten)

(Unterschrift des Jugendlichen)

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Erhebungsbogen das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind immer alle Geschlechter.

² Die Angaben sind freiwillig; sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässigere Beurteilung.

**Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt
Erhebungs-/Untersuchungsbogen (Teil 2)**

Erstuntersuchung nach § 32 Absatz 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname des Jugendlichen, Geburtsdatum⁵

Tag der Untersuchung: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen.

B Untersuchungen folgender Organe/Systeme erforderlich:

- B.1** Größe (cm) _____ Gewicht (teilbekleidet) (kg) _____
- B.2** Haut Ekzem Akne Sonstiges: _____
- B.3** Visus eingeschränkt ausreichend mit Sehhilfe korrigiert
- B.4** Farbtüchtigkeit (pseudoisochromatische Farbtafeln oder Testgerät) rot/grün gestört andere Störung: _____
- B.5** Hörvermögen rechts eingeschränkt links eingeschränkt
- B.6** Lungen Nebengeräusche Sonstiges: _____
- B.7** Herz-Kreislauf Rhythmusstörungen pathologisches Geräusch Sonstiges: _____
- Puls im Sitzen (n/min) _____
- Blutdruck im Sitzen (systolisch) (mmHg) _____
- Blutdruck im Sitzen (diastolisch) (mmHg) _____
- B.8** Abdomen Druckschmerz Bruch/-anlage pathologische Resistenz
- Sonstiges: _____
- B.9** Wirbelsäule statische Auffälligkeiten Bewegungseinschränkungen _____
- B.10** Extremitäten Durchblutungsstörung _____
- Bewegungseinschränkungen _____
- Sensibilitätsstörung _____
- Kraftminderung _____
- B.11** Psyche/zentrales Nervensystem grobe Auffälligkeit _____
- B.12** Alkoholkonsum/Drogen/Spielsucht/Nikotinkonsum _____
- B.13** sonstige Auffälligkeiten in der Patientenakte dokumentiert
- Ergänzungsuntersuchung erforderlich, Grund: _____
- Fachrichtung: _____

⁵ Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Erhebungs-/Untersuchungsbogen das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind immer alle Geschlechter.

Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten⁷

Erstuntersuchung nach § 32 Absatz 1 und Nachuntersuchungen nach §§ 33 bis 35 und § 42
Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
(Versichertenstammdaten)

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet. Nach § 40 Absatz 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung (gem. § 32 Abs. 1 JArbSchG) | <input type="checkbox"/> Weitere Nachuntersuchung (gem. § 34 JArbSchG) |
| <input type="checkbox"/> Erste Nachuntersuchung (gem. § 33 Abs. 1 JArbSchG) | <input type="checkbox"/> Angeordnete Nachuntersuchung (gem. § 42 JArbSchG) |
| <input type="checkbox"/> Außerordentliche Nachuntersuchung (gem. § 35 JArbSchG) | |

Folgende Arbeiten müssen vermieden werden:

- Überwiegendes Stehen.
- Überwiegendes Gehen.
- Überwiegendes Sitzen.
- Häufiges Einnehmen einer Zwangshaltung (z. B. Bücken, Hocken, Knien) _____
- Häufiges Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel.
- Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr.
- Arbeiten mit besonderen klimatischen Belastungen (z. B. Kälte, Hitze, Nässe, Zugluft, starke Temperaturschwankungen) _____
- Arbeiten mit physikalischen Belastungen (z. B. Lärm, mechanische Schwingungen/Erschütterungen) _____
- Arbeiten mit chemischer Belastung für die Haut oder der Schleimhäute durch Gase, Stäube, Dämpfe, Rauch _____
- Arbeiten, die die volle Sehkraft ohne Sehhilfe erfordern.
- Arbeiten, die die Farbtüchtigkeit erfordern.
- Sonstige Arbeiten: _____

Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist

- Normalbefund
- Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Absatz 1 JArbSchG wird angeordnet:
nach Ablauf von Monaten _____
spätestens bis zum _____
- Es wird empfohlen, dass der Jugendliche sich möglichst bald einem Arzt/Zahnarzt vorstellt, wegen _____

Empfehlungen: _____

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift des untersuchenden Arztes)

Zur Beachtung: Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres vor dem 18. Geburtstag ist eine Nachuntersuchung erforderlich. Falls die öffentliche Berufsberatung in Anspruch genommen wird, sollte ihr von dem Personensorgeberechtigten im Interesse des Jugendlichen das vorstehende Untersuchungsergebnis mitgeteilt werden.

⁷ Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser ärztlichen Mitteilung das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind immer alle Geschlechter.

Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber⁸

Erstuntersuchung nach § 32 Absatz 1 und Nachuntersuchungen nach §§ 33 bis 35 und § 42
Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen⁹
(Versichertenstammdaten)

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet. Nach § 40 Absatz 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung (gem. § 32 Abs. 1 JArbSchG) | <input type="checkbox"/> Weitere Nachuntersuchung (gem. § 34 JArbSchG) |
| <input type="checkbox"/> Erste Nachuntersuchung (gem. § 33 Abs. 1 JArbSchG) | <input type="checkbox"/> Angeordnete Nachuntersuchung (gem. § 42 JArbSchG) |
| <input type="checkbox"/> Außerordentliche Nachuntersuchung (gem. § 35 JArbSchG) | |

Folgende Arbeiten müssen vermieden werden:

- Überwiegendes Stehen.
- Überwiegendes Gehen.
- Überwiegendes Sitzen.
- Häufiges Einnehmen einer Zwangshaltung (z. B. Bücken, Hocken, Knien) _____
- Häufiges Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel.
- Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr.
- Arbeiten mit besonderen klimatischen Belastungen (z. B. Kälte, Hitze, Nässe, Zugluft, starke Temperaturschwankungen) _____
- Arbeiten mit physikalischen Belastungen (z. B. Lärm, mechanische Schwingungen/Erschütterungen) _____
- Arbeiten mit chemischer Belastung für die Haut oder der Schleimhäute durch Gase, Stäube, Dämpfe, Rauch _____
- Arbeiten, die die volle Sehkraft ohne Sehhilfe erfordern.
- Arbeiten, die die Farbtüchtigkeit erfordern.
- Sonstige Arbeiten: _____

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift des untersuchenden Arztes)

Zur Beachtung: Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres vor dem 18. Geburtstag ist eine Nachuntersuchung erforderlich. Falls die öffentliche Berufsberatung in Anspruch genommen wird, sollte ihr von dem Personensorgeberechtigten im Interesse des Jugendlichen das vorstehende Untersuchungsergebnis mitgeteilt werden.

⁸ Diese Bescheinigung hat der Arbeitgeber gem. § 41 Abs. 1 JArbSchG aufzubewahren.

⁹ Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser ärztlichen Mitteilung das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind immer alle Geschlechter.