



Achtung!

Untersuchungsberechtigungsscheine dürfen nur an Jugendliche unter 18 Jahren, die ihren Hauptwohnsitz in Baden-Württemberg haben, ausgegeben werden.

Das Gleiche gilt, wenn der Jugendliche seinen Hauptwohnsitz in einem anderen EU-Mitgliedsstaat hat und in Baden-Württemberg arbeiten möchte.

Merkblatt

für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Kein Arbeitgeber darf Jugendliche, ob als Auszubildende oder als Arbeiterinnen und Arbeiter, ohne ein ärztliches Gesundheitszeugnis beschäftigen. Vor dem Eintritt ins Berufsleben müssen Jugendliche sich daher von einem Arzt oder einer Ärztin gründlich auf ihren Gesundheitszustand untersuchen lassen. Die Untersuchung soll gewährleisten, dass die Jugendlichen nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, denen sie gesundheitlich oder entwicklungsmäßig nicht gewachsen sind.

Ein Jahr nach Beginn der Arbeit muss eine Nachuntersuchung stattfinden, damit eventuelle Auswirkungen der Beschäftigung auf die Gesundheit und die Entwicklung der Jugendlichen festgestellt werden können.

Die Untersuchung kann bei jedem approbierten Arzt innerhalb Deutschlands stattfinden. Für Nachuntersuchungen ist die ursprüngliche Arztwahl nicht bindend.

Die Kosten einer ärztlichen Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz werden vom Land Baden-Württemberg nur erstattet, wenn

- a) der Jugendliche seinen Hauptwohnsitz in Baden-Württemberg hat oder als EU-Bürger hier arbeiten möchte und vor Abschluss der ärztlichen Untersuchung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- b) der Arzt seine Kostenforderung auf einem vollständig ausgefüllten gültigen Untersuchungsberechtigungsschein beim Regierungspräsidium Tübingen einreicht.

Untersuchungsberechtigungsscheine werden vom untersuchenden Arzt an Jugendliche ausgegeben, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

1. für die ärztliche Untersuchung vor Eintritt in das Berufsleben (Erstuntersuchung), soweit der Jugendliche nicht innerhalb der letzten 14 Monate von einem Arzt untersucht worden ist. **Bei einem Wechsel des Arbeitgebers ist die Durchführung einer erneuten Erstuntersuchung nicht zulässig.** Der neue Arbeitgeber darf den Jugendlichen jedoch erst beschäftigen, wenn ihm die Bescheinigung über die Erstuntersuchung und, falls seit der Aufnahme der ersten Beschäftigung ein Jahr vergangen ist, die Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung vorliegen;
2. für die vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres vorzunehmende erste Nachuntersuchung;
3. für weitere Nachuntersuchungen nach Ablauf jeden weiteren Jahres nach der ersten Nachuntersuchung;
(die gesetzliche Untersuchungspflicht endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres);
4. für die von einem Arzt angeordnete außerordentliche Nachuntersuchung;
5. für eine Untersuchung auf Anordnung der Aufsichtsbehörde.

Für jede der vorstehend angegebenen ärztlichen Untersuchungen wird nur ein Untersuchungsberechtigungsschein ausgestellt. Er wird ungültig, wenn der Jugendliche sich nicht vor Vollendung des 18. Lebensjahres der ärztlichen Untersuchung unterzieht.

Den Untersuchungsberechtigungsschein erhalten Sie in Baden-Württemberg in der Arztpraxis. Der Arzt hat auch den erforderlichen Untersuchungsbogen Ein Vordruck mit dem Ergebnis der Untersuchung geht als „ärztliche Mitteilung“ an die Personensorgeberechtigten. Die „ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber“ mit den Angaben, durch welche Arbeiten der Arzt die Gesundheit des Jugendlichen vorübergehend oder dauerhaft gefährdet sieht, wird dem Jugendlichen ebenfalls zur Weitergabe ausgehändigt.

Möchten Sie die Untersuchung in einem anderen Bundesland vornehmen lassen, können Sie die notwendigen Unterlagen beim Regierungspräsidium Tübingen (Adresse s. u.) anfordern.

Der ausgefüllte Erhebungsbogen verbleibt beim Arzt.

Zuständigkeiten:

Zuständig für die Ausführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes sind die Landratsämter und die Regierungspräsidien.

Zuständig für die Ausführung der Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz ist das

Regierungspräsidium Tübingen

Ref. 54.4

Postfach 26 66

72016 Tübingen

Kosten für ärztliche Leistungen werden vom Land Baden-Württemberg nur übernommen, wenn der Jugendliche seinen Hauptwohnsitz in Baden-Württemberg hat und bei Abschluss der ärztlichen Untersuchung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Das gleiche gilt, wenn der Jugendliche seinen Hauptwohnsitz in einem EU-Mitgliedstaat hat und in Baden-Württemberg arbeiten möchte.

Anlage 1

Erhebungsbogen für die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

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

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Beabsichtigte berufliche Tätigkeit
Name, Vorname, Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)

	nein	unbekannt	ja
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
männlich			<input type="checkbox"/>
weiblich			<input type="checkbox"/>

1 Familienvorgeschichte

Bei den Eltern und Geschwistern sind folgende Krankheiten/Behinderungen bekannt:

Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Krankheiten/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

welche: _____

2 Vorgeschichte des Jugendlichen

2.1 Krankheiten/Behinderungen

Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wiederholt Mandelentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wiederholt Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasen-Nieren-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäulen-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Knochen-Gelenk-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	nein	unbekannt	ja	
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere Krankheiten/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.2 angeborene Schäden/Behinderungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.3 Operationen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.4 Unfälle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden/Folgen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.5 Häufige Beschwerden				
Husten/Auswurf	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Atemnot	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Schwindel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ohnmacht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
sonstige	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
bei weiblichen Jugendlichen:				
Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.6 Zur Zeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.7 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Grund: _____
2.8 Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
		nein	gelegentlich	täglich
2.9 Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		nein		ja
2.11 Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere regelmäßige sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sportart: _____

(Datum)

(Unterschrift d. Personensorgeberechtigten)

(Unterschrift des Jugendlichen)

Hinweis: Bitte – falls vorhanden – zur Untersuchung mitbringen:
Impfnachweise, Sehhilfen, Allergiepaß, Feststellungsbescheide über Behinderungen.

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Stempel des Arztes

Tag der Untersuchung

Untersuchungsbogen

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Beabsichtigte berufliche Tätigkeit
Name, Vorname, Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)

nein unbekannt ja

Zutreffendes bitte ankreuzen

Erhebungsbogen liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter des Jugendlichen (Jahre)		<input type="text"/>	
männlich			<input type="checkbox"/>
weiblich			<input type="checkbox"/>

Die Anamnese ist vom untersuchenden Arzt zu erheben!

1 Familienvorgeschichte

auffällig

Bei den Eltern und Geschwistern sind folgende Krankheiten/Behinderungen bekannt:

Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

welche: _____

2 Krankheitsvorgeschichte des Jugendlichen

auffällig

2.1 Krankheiten/Behinderungen

Erläuterungen (Häufigkeit; Zeitpunkt; Diagnosen)

Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
wiederholt Mandelentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
wiederholt Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	nein	unbekannt	ja	Erläuterungen (Häufigkeit; Zeitpunkt; Diagnosen)
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darm-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blasen-Nieren-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wirbelsäulen-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere Knochen-Gelenk-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere Krankheiten/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.2 angeborene Schäden/Behinderungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.3 Operationen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.4 Unfälle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden/Folgen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.5 Häufige Beschwerden				
Husten/Auswurf	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
Atemnot	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
Schwindel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
Ohnmacht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
sonstige	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
bei weiblichen Jugendlichen: Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.6 Zurzeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.7 Zurzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Grund: _____
2.8 Zurzeit eingenommene Medikamente	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
	nein gelegentlich täglich			
2.9 Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.10 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.11 Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
	nein		ja	
2.12 Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Andere regelmäßige sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sportart: _____

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Name, Vorname des Jugendlichen

Tag der Untersuchung _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Nr.	Befund	Erläuterungen
-----	--------	---------------

3 Untersuchungen

Kästchen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund des nebenstehenden Befundes die Ausübung bestimmter Arbeiten für gesundheitsgefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4: - Beurteilung – Ziffer 4.1 – 4.10).

- | | | | | |
|------|---|--|--|---|
| 3.1 | <input type="checkbox"/> Metrische Angaben | Größe (cm) _____ | Gewicht (teilbekleidet) (kg) _____ | |
| 3.2 | <input type="checkbox"/> Ernährungszustand | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> adipös | <input type="checkbox"/> reduziert |
| 3.3 | <input type="checkbox"/> Entwicklungszustand | <input type="checkbox"/> alters-
entsprechend | <input type="checkbox"/> deutlich
verfrüht | <input type="checkbox"/> deutlich
verspätet |
| 3.4 | <input type="checkbox"/> Muskulatur | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> kräftig | <input type="checkbox"/> schwach |
| 3.5 | <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> Ekzem | <input type="checkbox"/> Akne <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
| 3.6 | <input type="checkbox"/> Nahvisus | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> rechts
eingeschränkt | <input type="checkbox"/> links
eingeschränkt |
| | Sehhilfe vorhanden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| | mit Sehhilfe | <input type="checkbox"/> ausreichend
korrigiert | <input type="checkbox"/> rechts
eingeschränkt | <input type="checkbox"/> links
eingeschränkt |
| 3.7 | <input type="checkbox"/> Fernvisus | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> rechts
eingeschränkt | <input type="checkbox"/> links
eingeschränkt |
| | Sehhilfe vorhanden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| | mit Sehhilfe | <input type="checkbox"/> ausreichend
korrigiert | <input type="checkbox"/> rechts
eingeschränkt | <input type="checkbox"/> links
eingeschränkt |
| 3.8 | <input type="checkbox"/> Farbtüchtigkeit
(pseudoisochromatische
Farbentafeln oder
Testgerät) | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> rot/grün
gestört | <input type="checkbox"/> andere
Störung _____ |
| 3.9 | <input type="checkbox"/> Hörvermögen | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> rechts
eingeschränkt | <input type="checkbox"/> links
eingeschränkt |
| 3.10 | <input type="checkbox"/> Nasenatmung | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> behindert | <input type="checkbox"/> Septum-
deviation <input type="checkbox"/> Rhinitis _____ |
| 3.11 | <input type="checkbox"/> Zähne | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftig | _____ |
| 3.12 | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> verändert | _____ |
| 3.13 | <input type="checkbox"/> Brustkorb | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> verändert | _____ |

Zutreffendes bitte ankreuzen

Nr.	Befund	Erläuterungen
-----	--------	---------------

Kästchen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund des nebenstehenden Befundes die Ausübung bestimmter Arbeiten für gesundheitsgefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4: - Beurteilung – Ziffer 4.1 – 4.10).

3.14	<input type="checkbox"/> Lungen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Nebengeräusche	<input type="checkbox"/> sonstiges	_____
------	---------------------------------	--------------------------------------	---	------------------------------------	-------

3.15	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> path. Geräusch	<input type="checkbox"/> sonstiges	_____
		Puls im Sitzen (n/min)			_____	
		Blutdruck im Sitzen (systolisch) (mmHg)			_____	
		Blutdruck im Sitzen (diastolisch) (mmHg)			_____	

3.16	<input type="checkbox"/> Periphere Durchblutung	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> gestört	<input type="checkbox"/> Krampfadern	_____
------	---	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	-------

3.17	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Druckschmerz	<input type="checkbox"/> Bruch/-anlage	<input type="checkbox"/> path. Resistenz	<input type="checkbox"/> sonstiges _____
------	----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

3.18	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> vergrößert	<input type="checkbox"/> Druckschmerz	_____
------	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	-------

3.19	<input type="checkbox"/> Urogenitalorgane	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Nierenlager klopfempfindlich	<input type="checkbox"/> sonstiges	_____
------	---	--------------------------------------	---	------------------------------------	-------

3.20	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> deformiert	<input type="checkbox"/> schmerzhaft	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung	_____
------	--------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---	-------

3.21	<input type="checkbox"/> Obere Gliedmaßen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verändert	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung	_____
------	---	--------------------------------------	------------------------------------	---	-------

3.22	<input type="checkbox"/> Grobe Kraft	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> beeinträchtigt	_____
------	--------------------------------------	--------------------------------------	---	-------

3.23	<input type="checkbox"/> Untere Gliedmaßen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verändert	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung	_____
------	--	--------------------------------------	------------------------------------	---	-------

3.24	<input type="checkbox"/> Peripheres und zentrales Nervensystem	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> motorische Störung	<input type="checkbox"/> sensible Störung	_____
------	--	--------------------------------------	------------------------------------	---	---	-------

3.25	<input type="checkbox"/> Gleichgewichtssinn (Romberg)	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	_____
------	---	--------------------------------------	------------------------------------	-------

3.26	<input type="checkbox"/> Psyche	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> grobe Auffälligkeit	_____
------	---------------------------------	--------------------------------------	--	-------

3.27	<input type="checkbox"/> Urin (Teststreifen)	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> E pos	<input type="checkbox"/> Z pos	<input type="checkbox"/> Ery. Pos	<input type="checkbox"/> UBG vermehrt
------	--	--------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

3.28	<input type="checkbox"/> sonstige wichtige Befunde	_____			
------	--	-------	--	--	--

Ergänzungsuntersuchung erforderlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Datum der Veranlassung: _____

Grund _____

Fachrichtung	Arbeitsmedizin	<input type="checkbox"/>	Innere Medizin	<input type="checkbox"/>
	Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Nervenheilkunde	<input type="checkbox"/>
	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	<input type="checkbox"/>	Orthopädie	<input type="checkbox"/>
	Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	sonstiges Gebiet	<input type="checkbox"/> _____

Stempel des Arztes

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

4 Beurteilung

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Zutreffendes bitte ankreuzen

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet*

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	entfällt	ja
Es ist zu erwarten, dass diese Arbeiten die Gesundheit	vorübergehend	dauernd gefährden.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 Arbeiten überwiegend im		
- Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Knien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider		
- Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erfordern.		
4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Nach § 40 Abs. 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

Zutreffendes bitte ankreuzen

vorübergehend

dauernd

4.5 Arbeiten überwiegend bei

- Kälte

- Hitze

- Nässe

- Zugluft

- starken Temperaturschwankungen

4.6 Arbeiten unter Einwirkung von

- Lärm

- mechanischen Schwingungen/Erschütterungen

 auf die Hände und Arme

 auf den ganzen Körper

4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut

4.8 Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche

4.9 Arbeiten, die

- volle Sehkraft ohne Sehhilfe

- Farbtüchtigkeit

erfordern.

4.10 Sonstige Arbeiten: _____

Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist

Normbefund

Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 JArbSchG wird angeordnet

nach Ablauf von Monaten _____

spätestens bis zum _____

Es wird empfohlen, dass der Jugendliche sich möglichst bald

wegen _____

einem Arzt für _____ Zahnarzt vorstellt.

Empfehlungen: _____

Stempel des Arztes

Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Zutreffendes bitte ankreuzen

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet*

	<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> ja
Es ist zu erwarten, dass diese Arbeiten die Gesundheit	<input type="checkbox"/> vorübergehend	<input type="checkbox"/> dauernd gefährden.
4.1 Arbeiten überwiegend im		
- Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Knien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider		
- Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erfordern.		
4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Nach § 40 Abs. 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	vorübergehend	dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Arbeiten überwiegend bei		
- Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- starken Temperaturschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Arbeiten unter Einwirkung von		
- Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mechanischen Schwingungen/Erschütterungen		
auf die Hände und Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf den ganzen Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8 Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9 Arbeiten, die		
- volle Sehkraft ohne Sehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Farbtüchtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erfordern		
4.10 Sonstige Arbeiten: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist	<input type="checkbox"/> Normbefund	

Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 JArbSchG wird angeordnet

nach Ablauf von Monaten _____

spätestens bis zum _____

Es wird empfohlen, dass der Jugendliche sich möglichst bald wegen _____ einem Arzt für _____ Zahnarzt vorstellt.

Empfehlung: _____

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung) _____
(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)

Zur Beachtung: Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres 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.

Diese Bescheinigung hat der Arbeitgeber nach § 41 Abs. 1 JArbSchG aufzubewahren!

Stempel des Arztes

Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber*

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Zutreffendes bitte ankreuzen

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet* *

	<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> ja
Es ist zu erwarten, dass diese Arbeiten die Gesundheit	vorübergehend	dauernd gefährden.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 Arbeiten überwiegend im		
- Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Knien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider		
- Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erfordern.		
4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Die Bescheinigung ist dem Arbeitgeber umgehend zuzuleiten.

** Nach § 40 Abs. 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

Zutreffendes bitte ankreuzen

vorübergehend dauernd

4.5 Arbeiten überwiegend bei

- Kälte
- Hitze
- Nässe
- Zugluft
- starken Temperaturschwankungen

4.6 Arbeiten unter Einwirkung von

- Lärm
- mechanischen Schwingungen/Erschütterungen
 - auf die Hände und Arme
 - auf den ganzen Körper

4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut

4.8 Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche

4.9 Arbeiten, die

- volle Sehkraft ohne Sehhilfe
 - Farbtüchtigkeit
- erfordern.

4.10 Sonstige Arbeiten: _____

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)

Zur Beachtung: Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres 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.