

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.)

bzw. ausfüllen!

Alle Felder mit einem * sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen

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): Erstuntersuchung Nachuntersuchung 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 selbst vorgenommen

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.
Bitte beachten Sie die Hinweise zur Abrechnung mit der **Abrechnungsnummer 99150** auf der folgenden Seite 3.

Datum *

Stempel / Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Erhebungsbogen für die Nachuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

– vom Personensorgeberechtigten³ auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben;⁴
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> </tr> </table>										
Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen												
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort												
Berufliche Tätigkeit	Arbeitgeber mit Anschrift											
Name, Vorname, Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)												
Bisherige Untersuchungen (Jahr/Monat)	Name und Anschrift des Arztes											

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: _____

A.5 **Arbeitsunfähigkeit insgesamt** 1 bis 6 Tage 7 bis 14 Tage mehr als 14 Tage

A.6 **Gibt es seit Arbeitsbeginn tätigkeitsbezogene Gesundheitsstörungen?** _____

**Bitte – falls vorhanden – zur Untersuchung mitbringen:
Impfnachweise, Sehhilfen (Brillenpass), Allergiepass, Feststellungsbescheide über Behinderungen,
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen seit Arbeits-/Ausbildungsbeginn.**

(Datum)

(Unterschrift des Personensorgeberechtigten)

(Unterschrift des Jugendlichen)

³ Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Erhebungsbogen das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind immer alle Geschlechter.

⁴ Die Angaben sind freiwillig; sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässigere Beurteilung.