



MINISTERIALBLATT

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

47. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 11. Oktober 1994

Nummer 65

Inhalt

I.

Veröffentlichungen, die in die Sammlung des bereinigten Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen (SMBL. NW.) aufgenommen werden.

Glied- Nr.	Datum	Titel	Seite
8051	1. 9. 1994	Gem. RdErl. d. Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, d. Innenministeriums u. d. Ministeriums für Wirtschaft, Mittelstand und Technologie Durchführung von ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz - Ausgabe der Untersuchungsberechtigungsscheine und Erhebungsbogen, Abrechnungsverfahren -	1192

II.

Veröffentlichungen, die nicht in die Sammlung des bereinigten Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen (SMBL. NW.) aufgenommen werden.

Datum	Seite
Hinweise	
Inhalt des Gesetz- und Verordnungsblattes für das Land Nordrhein-Westfalen	
Nr. 59 v. 22. 9. 1994	1224
Nr. 60 v. 23. 9. 1994	1224

8051

I.

**Durchführung von ärztlichen Untersuchungen
nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz
– Ausgabe der Untersuchungs-
berechtigungsscheine und Erhebungsbogen,
Abrechnungsverfahren –**

Gem. RdErl. d. Ministeriums für Arbeit, Gesundheit
und Soziales – III A 7 – 8428 –, d. Innenministeriums
– I B 1/71.18 – u. d. Ministeriums für Wirtschaft,
Mittelstand und Technologie – 512 – 33-10 –
v. 1. 9. 1994

Das Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) vom 12. April 1976 (BGBl. I S. 965) in der jeweils geltenden Fassung regelt in den §§ 32 ff die gesundheitliche Betreuung arbeitender Jugendlicher. Diese Vorschriften werden ergänzt durch die Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem JArbSchG (JArbSchUV) vom 16. Oktober 1990 (BGBl. I S. 2221) in der jeweils geltenden Fassung, der als Anlage Mustervordrucke für die Erhebungsbögen, die Untersuchungsbögen, die Mitteilung an die Personensorgeberechtigten und die Bescheinigung für den Arbeitgeber beigelegt sind. Diese Vordrucke sind diesem RdErl. ebenfalls als Anlagen 1 bis 4 a angefügt.

Anlagen
1 bis 4 a

Zur einheitlichen Durchführung wird folgendes bestimmt:

1 Untersuchungsberechtigungsschein

Die Kosten einer Untersuchung sind dem untersuchenden Arzt zu erstatten, wenn er der Kostenerstattungsstelle mit der Kostenforderung einen Untersuchungsberechtigungsschein (UB-Schein) gem. § 2 JArbSchUV (Anlage 5) vorlegt.

Anlage 5

- 1.1 Zuständig für die Ausgabe der UB-Scheine für alle Untersuchungen (§§ 32 bis 35, 42 JArbSchG) sind nach Nummer 5.2.1 des Verzeichnisses der Anlage zur Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten auf dem Gebiet des Arbeits- und technischen Gefahrenschutzes – ZustVO ArbTG – vom 14. Juni 1994 (GV. NW. S. 360) in der jeweils geltenden Fassung – z. B. NW. 28 – die örtlichen Ordnungsbehörden. Sie händigen die UB-Scheine an die Jugendlichen aus, die ihren Wohnsitz im Gemeindegebiet haben. Wenn der Wohnsitz des Jugendlichen im Ausland liegt, ist die Ordnungsbehörde zuständig, in deren Bezirk sich der Ort der Beschäftigung befindet.
- 1.2 Grundsätzlich werden die UB-Scheine an die Jugendlichen selbst oder die Personensorgeberechtigten ausgegeben. Zur Vereinfachung des Verfahrens – z. B. bei Sammelanforderungen – können sie auch Arbeitgebern ausgehändigt werden. In diesem Fall ist der Arbeitgeber darauf hinzuweisen, daß der UB-Schein dem Jugendlichen auszuhändigen ist, und zwar so rechtzeitig, daß dieser eine eigene Arztwahl treffen kann. UB-Scheine sind nur auszuhändigen, wenn der Jugendliche am Tage des Beginns der Beschäftigung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- 1.3 UB-Scheine werden ausgegeben für alle Untersuchungen, für die nach der JArbSchVO die Verwendung der Untersuchungsbogen zwingend vorgeschrieben ist.

Das sind:

- a) die Untersuchungen innerhalb der letzten 14 Monate vor Arbeitsaufnahme – Erstuntersuchung – (§ 32 Abs. 1 JArbSchG),
- b) die Untersuchungen vor Ablauf des 1. Beschäftigungsjahres – Nachuntersuchung und weitere Nachuntersuchungen – (§ 33 Abs. 1 und § 34 JArbSchG),
- c) die unabhängig von der regelmäßigen Nachuntersuchung vom Arzt zusätzlich angeordneten Nachuntersuchungen – außerordentliche Nachuntersuchungen – (§ 35 Abs. 1 JArbSchG),
- d) die Untersuchungen auf Veranlassung der Staatlichen Ämter für Arbeitsschutz bzw. Bergämter (§ 42 JArbSchG).

- 1.4 Die örtlichen Ordnungsbehörden rufen die Stückzahlen, die sie benötigen, bei den Bezirksregierungen ab. Die kreisangehörigen Gemeinden leiten ihren Ab-ruf über die Oberkreisdirektoren. Die Bezirksregierungen fordern die UB-Scheine beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen an.

- 1.5 Der UB-Schein hat auf der Vorderseite folgende Angaben zu enthalten:

- Name, Vorname, Geburtsdatum und die Anschrift (Hauptwohnung) des zur Inanspruchnahme der ärztlichen Leistung berechtigten Jugendlichen,
- die Art der Untersuchung,
- die ausgebende Behörde mit Unterschrift und Dienstsiegel und
- das Datum der Ausgabe.

- 1.6 Eine mehrfache Ausgabe von UB-Scheinen für die unter Nummer 1.3 genannten Untersuchungen kommt in Betracht, wenn

- a) der Jugendliche sich zwar bereits der Erstuntersuchung unterzogen hat, aber erst nach mehr als einem Jahr erstmals eine Beschäftigung aufnimmt,
- b) bei Wechsel des Arbeitgebers die letzte Untersuchung vor Aufnahme der Beschäftigung länger als ein Jahr zurückliegt oder
- c) der Arbeitgeber gewechselt wurde und deshalb eine Nachuntersuchung erforderlich wurde.

- 1.7 Um unberechtigte Mehrfachausgaben von UB-Scheinen zu vermeiden, ist zu überprüfen, ob für den betroffenen Jugendlichen bereits ein UB-Schein ausgestellt worden ist. Deshalb und zur Erstellung der jährlichen Übersicht ist jede Ausgabe eines UB-Scheines mit Datum und der Art der Untersuchung, für die er ausgegeben worden ist, zu vermerken. Die Speicherung der Ausgabe im Melderegister (siehe § 3 Abs. 2 Nr. 9 Meldegesetz Nordrhein-Westfalen) ist ausreichend.

- 1.8 Wird glaubhaft gemacht, daß ein UB-Schein abhandengekommen ist, so ist ein zweiter Schein auszugeben und als Ersatzschein zu kennzeichnen. Die Zweitausgabe eines UB-Scheines ist zu vermerken.

- 1.9 Die Ausgabe der UB-Scheine erfolgt gebührenfrei.

2 Erhebungsbogen

Die Ausgabe der Erhebungsbogen erfolgt zusammen mit der Ausgabe der UB-Scheine durch die örtlichen Ordnungsbehörden (s. Nummer 5.2.2 des Verzeichnisses der Anlage zur ZustVO ArbTG). Für das Ausgabeverfahren gelten die Nummern 1.2, 1.4, 1.7, 1.8 und 1.9 entsprechend. Für Untersuchungen (Erstuntersuchung) nach § 32 Abs. 1 JArbSchG ist der Erhebungsbogen (Anlage 1) in weißer Farbe, für Untersuchungen nach § 33 Abs. 1 JArbSchG (erste Nachuntersuchung), § 34 JArbSchG (weitere Nachuntersuchung), § 35 Abs. 1 JArbSchG (außerordentliche Nachuntersuchung) und § 42 JArbSchG (Untersuchung auf Veranlassung der Aufsichtsbehörde) der Erhebungsbogen (Anlage 1a) in roter Farbe auszuhändigen.

3 Das Abrechnungsverfahren

- 3.1 Die Abrechnung der Untersuchungen erfolgt mittels der UB-Scheine.

Um seine Vergütung anzufordern, füllt der Arzt die Rückseite des UB-Scheines aus und reicht ihn bei dem Kreis oder der kreisfreien Stadt ein, in deren Gebiet der UB-Schein ausgegeben worden ist.

- 3.2 Als Vergütung ist durch die Verordnung zur Durchführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes vom 12. Oktober 1976 (GV. NW. S. 359), zuletzt geändert durch Verordnung vom 9. November 1988 (GV. NW. S. 456), – SGV. NW. 805 – ein Pauschbetrag von 42,25 DM festgesetzt.

- 3.3 Nicht abgerechnet werden Untersuchungen von Personen, die am Tage des Beginns der Untersuchung

bereits 18 Jahre alt, also nicht mehr Jugendliche im Sinne von § 2 Abs. 2 JArbSchG waren.

3.4 Ergänzungsuntersuchung

Der Arzt, Zahnarzt oder die Stelle, die die Ergänzungsuntersuchung nach § 38 JArbSchG vornimmt, reicht die Vergütungsanforderung unmittelbar der für die Auszahlung zuständigen Stelle (Nr. 3.1) ein. Ihnen wird empfohlen, sich für die Überweisungen und Vergütungsanforderungen des in Anlage 6 abgedruckten Formblattes zu bedienen, das bei den Kammern oder im Formularhandel zu erhalten ist.

Die Anforderungen der Vergütung muß u. a. enthalten:

1. Name und Anschrift des untersuchten Jugendlichen und
2. Name und Anschrift des Arztes, der die Ergänzungsuntersuchung veranlaßt hat.

Die für die Auszahlung zuständige Stelle hat zu prüfen, ob der Untersuchung, auf der die Ergänzungsuntersuchung beruht, ein UB-Schein zugrundegelegen hat. Zur Verfahrenserleichterung soll deshalb das Formblatt nach dem Muster der Anlagen 5 oder 6 verwandt werden.

- 3.5 Abgerechnet wird gem. § 5 Abs. 1 der Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ - in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Juni 1988 (BGBl. I S. 818) und der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), in der jeweils geltenden Fassung, nach den einfachen Sätzen. Werden höhere Sätze oder Zuschläge geltend gemacht, sind sie in jedem Fall um den Betrag, der den einfachen Gebührensatz übersteigt, zu kürzen. Soweit in der Vergütungsanforderung nach dem Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der GOÄ unberechtigte Leistungen aufgeführt werden, sind sie ersatzlos zu streichen. Sie können auch nicht von Amts wegen in eine andere Leistung abgeändert werden.

Zu den einzelnen Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ gilt folgendes:

- 3.5.1 Leistung 1 GOÄ - Beratung - auch mittels Fernsprecher - ggf. einschließlich einer das gewöhnliche Maß nicht übersteigenden Untersuchung

Leistung 1 GOÄ kann von einem Facharzt, der eine Ergänzungsuntersuchung vorgenommen hat, nicht in Rechnung gestellt werden. Bei der Ergänzungsuntersuchung handelt es sich um eine gezielte Untersuchung im Auftrag des Arztes, der die Untersuchung nach dem JArbSchG vorgenommen hat. Leistung 1 GOÄ ist dagegen in erster Linie als Beratungsgebühr anzusehen, auch wenn in der entsprechenden Leistungsbeschreibung Untersuchungshandlungen mit angesprochen sind. Die Beratung des Jugendlichen ist aber Sache des untersuchenden Arztes, da er den ärztlichen Gesamtbefund vor Augen hat, während der Facharzt aufgrund seines beschränkten Auftrages nur von einem begrenzten ärztlichen Befund ausgehen kann.

- 3.5.2 Leistungen 5 bis 8 GOÄ - Besuch des Arztes

Da Jugendliche den Arzt zur Untersuchung aufsuchen müssen, können diese Positionen nicht in Rechnung gestellt werden.

- 3.5.3 Leistung 14 GOÄ - kurze Bescheinigung (z.B. Arbeits- oder Dienstunfähigkeitsbescheinigung)

Leistung 14 GOÄ erfaßt die schriftliche Äußerung eines Arztes, in der ein Tatbestand für den Patienten selbst oder eine andere Stelle - aber nicht für einen anderen behandelnden Arzt - attestiert wird. Sie ist daher im Rahmen der Ergänzungsuntersuchungen nicht anwendbar.

- 3.5.4 Leistung 15 GOÄ - Befundbericht mit kritischer Stellungnahme, Brief ärztlichen Inhalts

Leistung 15 GOÄ ist in der Regel nicht anwendbar. Der Arzt, der eine Ergänzungsuntersuchung vornehmen soll, erhält vom untersuchenden Arzt einen bestimmten engeren oder weiteren Untersuchungsauftrag. Das Ergebnis seiner Untersuchung teilt er dem

untersuchenden Arzt mit. Hält er einen einfachen Befundbericht nach den Umständen des Einzelfalles für ausreichend, so ist dieser Befundbericht nach dem Nachsatz zu Leistung 15 GOÄ mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten. Es ist jedoch denkbar, daß nur ein Befundbericht mit kritischer Stellungnahme dem untersuchenden Arzt in genügendem Maße Einblick in die fachärztlichen Untersuchungsergebnisse gewähren kann. In diesen Fällen ist es gerechtfertigt, wenn der Arzt Leistung 15 GOÄ in Rechnung stellt. Er muß aber ggf. nachweisen können, daß der untersuchende Arzt aus einem einfachen Befundbericht die notwendigen Schlüsse für eine gesamte Beurteilung nicht hätte ziehen können.

- 3.5.5 Leistungen 16 bis 22 GOÄ - Ausführlicher Befund- oder Krankheitsbericht, schriftliche Gutachten etc.

Die Leistungen 16 bis 22 GOÄ sind grundsätzlich vom Untersuchungsauftrag her nicht gedeckt. Sollten sie geltend gemacht werden, sind in jedem Einzelfall strengste Anforderungen an den Nachweis der zwingenden Notwendigkeit zu stellen. Sollte dieser Nachweis nicht zweifelsfrei erbracht werden, ist die betreffende Position bei der Erstattung nicht zu berücksichtigen.

- 3.5.6 Leistung 65 GOÄ - Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung

Ob Leistung 65 GOÄ erstattet werden kann, hängt vom Untersuchungsauftrag des untersuchenden Arztes an den Facharzt ab. Lautet dieser Auftrag z.B. „Röntgenaufnahmen der Lunge“ oder „Erstellung eines EKG“, ist für Leistung 65 kein Raum. Lautet der Auftrag aber beispielsweise an einen HNO-Arzt „Verdacht auf Eiterherd im Kopf“, ist Leistung 65 GOÄ gerechtfertigt, weil der Arzt nunmehr Ohren, Stirnhöhle, Kieferhöhle, Rachen, Nase usw. untersuchen muß.

- 3.5.7 Leistung 95 GOÄ - Untersuchungen nach §§ 32 bis 35 und 42 JArbSchG

Grundlage für die Landesregierung, den Pauschbetrag i.S.v. Nummer 3.2 festzusetzen, ist die Leistung 95 der GOÄ. Auf Ergänzungsuntersuchungen findet diese Leistung keine Anwendung.

- 3.6 Für persönliche und sachliche Leistungen, die die GOÄ und die Gebührenordnung für Zahnärzte nicht verzeichnet, sind im Rahmen des § 6 GOÄ und des § 6 der Gebührenordnung für Zahnärzte die Mindestgebührensätze folgender Tarife anzuerkennen:

- a) Verzeichnis der Analogbewertungen, herausgegeben von der Bundesärztekammer,
- b) Kostentarif für die klinischen Anstalten und Medizinisch-Theoretischen Institute der Wissenschaftlichen Hochschulen des Landes Nordrhein-Westfalen vom 9. 7. 1970, Tarif-Nr. 90.000 bis 99.600 (Teil: Zahn- und kieferärztliche Einrichtungen),
- c) Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKE-NT), Tarif-Nr. 1-6.009, Spalten 6 und 7.

Gebühren nach anderen Tarifen können nur anerkannt werden, wenn die erbrachte Leistung weder in den Gebührenordnungen noch in den o.g. Verzeichnissen aufgeführt ist.

- 3.7 Es ist möglich, daß der untersuchende Arzt eine Ergänzungsuntersuchung, die er für notwendig erachtet, in Einzelfällen selbst vornimmt (z.B. eine Röntgenaufnahme). In diesen Fällen hat er die Überweisung auf seinen Namen auszustellen. Besteht bei der Abrechnung von Selbstüberweisungen der Verdacht, daß Ergänzungsuntersuchungen als Routineuntersuchungen vorgenommen werden (z.B. weil Eigenüberweisungen in erheblichem Umfang vorliegen) oder gehen die Honorarforderungen eines Arztes nicht nur gelegentlich weit über den üblichen Rahmen hinaus, so ist eine Überprüfung zu veranlassen.

Als Anhaltspunkt dafür, wann im Einzelfall eine Überprüfung erforderlich ist, können folgende Zahlen dienen: Der Anteil der Ergänzungsuntersuchungen an allen abgerechneten Untersuchungen beträgt im Landesdurchschnitt jährlich ca. 1,5%, die Durch-

schnittskosten für eine Ergänzungsuntersuchung liegen z.Z. bei rd. 93,20 DM.

Kommt die auszahlende Stelle zum Ergebnis, daß eine Prüfung erforderlich ist, leitet sie den Vorgang mit sämtlichen maßgebenden Unterlagen der Bezirksregierung zu und stellt die Honorarzählungen zunächst ein. Die Feststellung über die Berechtigung der Honorarforderungen trifft die Bezirksregierung. Sie teilt ihre Entscheidung der Kostenerstattungsstelle mit, die entsprechend verfährt.

- 3.8 Einen Rechtsanspruch auf Vergütung für die ärztlichen Untersuchungen hat nur der untersuchende Arzt. Daher können Arbeitgeber, deren hauptamtliche Werksärzte Untersuchungen nach dem JArbSchG vornehmen, nicht anstelle dieser Werksärzte Kostenerstattung verlangen.

- 3.9 Verjährte Honoraransprüche sind nicht mehr zu erfüllen. Die Forderungen der Ärzte verjähren gem. § 196 Abs. 1 Nr. 14 i.V.m. § 201 BGB in zwei Jahren, beginnend mit dem Schluß des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind.

4 Bereitstellung der Ausgabemittel

Buchung und kassenmäßige Abrechnung; Bereitstellung der Ausgabemittel

- 4.1 Die Ausgabemittel des Landes, die für die Auszahlung der Vergütungen erforderlich sind, werden den Bezirksregierungen mit Kassenanschlag zugeteilt. Die Ausgabemittel sind sodann betragsmäßig den Kreisen und kreisfreien Städten zur Bewirtschaftung gem. § 34 LHO zur Verfügung zu stellen.
- 4.2 Die Kreise und kreisfreien Städte haben die Ausgaben für die gezahlten Vergütungen unmittelbar im Landshaushalt, und zwar bei Kapitel 07110 Titel 52620 mit der Zweckbestimmung „Maßnahmen zur Durchführung des Jugendarbeitsschutzes“, zu buchen und für das Land Rechnung zu legen. Auszahlungen dürfen nur im Rahmen zugeteilter Ausgabemittel geleistet werden.

Für die Abrechnung, Buchführung und Rechnungslegung sind § 13 Nr. 2 GemHVO, der Gem. RdErl. d. Innen- und Finanzministers zur Kassenführung für die von den Regierungskassen übernommenen Kassenaufgaben des Landes v. 18. 2. 1949 (SMBl. NW. 632) – wegen Nummer 3 Hinweis auf RdErl. d. Finanzministers v. 10. 6. 1981 (Aussetzungs- und Bereitstellungsverfahren) (SMBl. NW. 631) – sowie Nr. 10.2 VV zu § 34 LHO zu beachten.

- 4.3 Die Vorprüfung richtet sich nach § 100 Abs. 4 LHO in Verbindung mit dem 4. Unterabschnitt der Vorprüfungsordnung (VPO) und obliegt den Rechnungsprüfungsämtern der Kreise und kreisfreien Städte.

- 4.4 Die Bezirksregierungen fordern die von den Kreisen und kreisfreien Städten benötigten Ausgabemittel an.

T. Zum 10. 10. eines jeden Jahres, erstmalig zum 10. 10. 1994, bitte ich mir zur Bedarfsermittlung für das laufende Haushaltsjahr den Mehr-/Minderbedarf nach beiliegendem Muster (Anlage 7) bei Kapitel 07110, Titel 52620 mitzuteilen.

Anlage 7

Der geschätzte Bedarf an Haushaltsmitteln bei Kapitel 07110, Titel 52620 für das jeweils kommende Haushaltsjahr ist mir bis zum

10. 1.

T. eines jeden Jahres, erstmalig zum 10. 1. 1995, zu melden (einfach), und zwar nach folgendem Muster:

Bisherige Zuteilung	_____ DM
Istausgabe - Stand 31.12.19.....	_____ DM
voraussichtlicher Bedarf 19.....	_____ DM

- 4.5 Der bei den Kassen der Kreise und kreisfreien Städte beim Tagesabschluß verbleibende Bestand an Landesmitteln ist stets gesondert von den eigenen Kassensmitteln auszuweisen. Es ist sicherzustellen, daß der Bestand an Landesmitteln so gering wie möglich gehalten wird. Nicht benötigte Beträge sind abzuliefern.

5 Jährliche Übersicht

Um einen Überblick über die Anzahl der durchgeführten ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz zu erhalten, sind jährliche Angaben über die Anzahl der ausgegebenen und abgerechneten UB-Scheine, über die Anzahl der Ergänzungsuntersuchungen und deren Gesamtkosten erforderlich. Im einzelnen handelt es sich um folgende Angaben:

A. Anzahl der abgerechneten UB-Scheine für

1. Erstuntersuchungen (§ 32 Abs. 1 JArbSchG)
2. erste Nachuntersuchungen (§ 33 Abs. 1 JArbSchG)
3. weitere Nachuntersuchungen (§ 34 JArbSchG)
4. außerordentliche Nachuntersuchungen (§ 35 Abs. 1 JArbSchG)
5. Untersuchungen auf Veranlassung der Aufsichtsbehörde (§ 42 JArbSchG)

B. Anzahl der ausgegebenen UB-Scheine für

1. Erstuntersuchungen (§ 32 Abs. 1 JArbSchG)
2. erste Nachuntersuchungen (§ 33 Abs. 1 JArbSchG)
3. weitere Nachuntersuchungen (§ 34 JArbSchG)
4. außerordentliche Nachuntersuchungen (§ 35 JArbSchG)
5. Untersuchungen auf Veranlassung der Staatlichen Ämter für Arbeitsschutz (§ 42 JArbSchG)

C. Ergänzungsuntersuchungen (§ 38 JArbSchG)

1. Anzahl
 2. Gesamtkosten
- Stichtag ist der 31. Dezember.

Die Bezirksregierungen legen die Berichte jeweils bis zum 15. Februar eines jeden Jahres für das vergangene Kalenderjahr vor.

6 Vordrucke und Formblätter

Die gemäß Nummern 1.1 und 2 zu verwendenden Vordrucke sind zu beziehen bei den Bezirksstellen der Ärztekammern. Die Bezirksstellen geben diese Vordrucke beim Deutschen Ärzte-Verlag (DÄV) GmbH, Postfach 400265, 50832 Köln, in Auftrag. Sie prüfen sodann, ob die Bestellung sachgemäß und vollständig ausgeführt worden ist, und reichen die Rechnung an die Bezirksregierung in Düsseldorf, Cecilienallee, mit dem Vermerk „Sachlich richtig“ weiter. Die Bezirksregierung in Düsseldorf überweist die Rechnungsbeiträge an den DÄV.

Die in Nummer 3.4 empfohlenen Formblätter (s. Anlage 6) können im Fachhandel bezogen werden.

7 Sonstiges

Dieser RdErl. tritt mit Ablauf des 31. 12. 1999 außer Kraft.

Die Gem. RdErl. d. Arbeits- und Sozialministers, d. Innenministers u. d. Ministers für Wirtschaft, Mittelstand und Verkehr v. 20. 3. 1962 und v. 9. 12. 1968 (SMBl. NW. 8051) sowie der RdErl. d. Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales v. 21. 8. 1980 (SMBl. NW. 8051) werden aufgehoben.

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 ☒ ankreuzen ☐ ☐ ☐

männlich ☐

weiblich ☐

1 Familienvorgeschichte

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

Alergie	<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"/>

weiche: _____

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 zuverlässige 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"/>	
2.10 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		nein		ja
2.11 Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Andere regelmäßige sportliche Betätigung	<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.

Anlage 1a
(Farbe: rot)**Erhebungsbogen für die Nachuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)**

— vom Personenergeberechtigten auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben;*
vom Jugendlichen mit der ärztlichen Mitteilung über die Erstuntersuchung dem Arzt bei der Nachuntersuchung vorzulegen —

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

- ☐ Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG)
- ☐ Andere Nachuntersuchung (§§ 34, 35 oder 42 JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Name, Vorname, Postanschrift des Personenergeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)
Berufliche Tätigkeit:
mit Ausbildung nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Name und Anschrift des Arbeitgebers
Bisherige Untersuchungen nach dem JArbSchG (Jahr und Monat)**
Name und Anschrift des Arztes**

nein ☐ ja ☐

1 Vorgeschichte des Jugendlichen (seit der letzten Untersuchung nach dem JArbSchG)

- 1.1 Krankheiten/Behinderungen** ☐ ☐ welche: _____
- Operationen** ☐ ☐ welche: _____
- noch Beschwerden** ☐ ☐ wann: _____
- Unfälle** ☐ ☒ welche: _____
- noch Beschwerden/Folgen** ☐ ☐ wann: _____
- Arbeitsunfähigkeit insgesamt** ☐ ☐ welche: _____
- 1 – 6 Tage ☐
- 7 – 14 Tage ☐
- mehr als 14 Tage ☐

1.2 Häufige Beschwerden

- Husten/Auswurf ☐ ☐
- Atemnot ☐ ☐
- Schwindel ☐ ☐
- Ohnmacht ☐ ☐

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

** Aus der „Ärztlichen Mitteilung“ zu entnehmen.

Anlage 1a

(Farbe: rot)

	nein	unbekannt	ja	
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	
1.3 Zur Zeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche: _____	
1.4 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Grund: _____	
1.5 Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche: _____	
1.6 Regelmäßig sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sportart: _____	
	nein	gelegentlich	täglich	
1.7 Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.8 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Arbeitsvorgeschichte				
2.1 Weg zur Arbeitsstätte und zurück				
Dauer (Stunden)	<input type="checkbox"/> unter 1	<input type="checkbox"/> 1 - 2	<input type="checkbox"/> 2 - 3	<input type="checkbox"/> über 3
<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> Fahrrad	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Fahrgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Motorfahrzeug
2.2 Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit)	<input type="text"/>			
Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit)	<input type="text"/>			
Wechselschicht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.3 Welche beruflichen Arbeiten wurden bisher überwiegend ausgeführt?				

2.4 Sind seit Arbeitsaufnahme gesundheitliche Beschwerden aufgetreten?				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> welche: _____				
2.5 Werden die Beschwerden mit der ausgeübten Tätigkeit in Verbindung gebracht?				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
2.6 Ist ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen worden?				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> weshalb: _____				
2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/Untersuchung erfolgt?				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
2.8 Erfolgt arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

(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

Anlage 2

Stempel des Arztes

Tag der Untersuchung

Untersuchungsbogen

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 JugenderbSchutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Bescheinigte 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"/>
Erhebungsbogen liegt vor	<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

Erfütterungen (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 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 Zur Zeit 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"/> altersentsprechend <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 Farbtafeln 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"/> Septumdeviation <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	
<small>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).</small>			
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)		<input type="text"/>	
Blutdruck im Sitzen (systolisch) (mmHg)		<input type="text"/>	
Blutdruck im Sitzen (diastolisch) (mmHg)		<input type="text"/>	
3.16 <input type="checkbox"/> Periphere Durchblutung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> gestört <input type="checkbox"/> Krampfader		
3.17 <input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Druckschmerz <input type="checkbox"/> Bruch/-anlege <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		<input type="text"/>	
Grund		<input type="text"/>	
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"/>

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"/> 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"/>
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"/>

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

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

vorübergehend

dauernd

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

☐ NormbefundEine 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: _____

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt**Anlage 2a**
(Farbe: rot)

Stempel des Arztes

Tag der Untersuchung

UntersuchungsbogenZutreffendes bitte ☒ ankreuzen

- ☐ Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG)
 ☐ Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35 JArbSchG)
- ☐ Weitere Nachuntersuchung (§ 34 JArbSchG)
 ☐ Angeordnete Nachuntersuchung (§ 42 JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Name, Vorname, Postanschrift des Personenergeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)
Berufliche Tätigkeit:
mit Ausbildung nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Name und Anschrift des Arbeitgebers
Bisherige Untersuchungen nach dem JArbSchG (Jahr und Monat)*
Name und Anschrift des Arztes*

Erhebungsbogen liegt vor nein ☐ ja ☐

Alter des Jugendlichen (Jahre)

männlich ☐

weiblich ☐

Die Anamnese ist vom untersuchenden Arzt zu erheben!

1 Vorgeschichte des Jugendlichen (seit der letzten Untersuchung nach dem JArbSchG)

1.1 Krankheiten/Behinderungen ☐ ☐ welche: _____

Operationen ☐ ☐ welche: _____

wann: _____

noch Beschwerden ☐ ☐ welche: _____

Unfälle ☐ ☐ welche: _____

wann: _____

noch Beschwerden/Folgen ☐ ☐ welche: _____

Arbeitsunfähigkeit insgesamt 1 – 6 Tage ☐

7 – 14 Tage ☐

mehr als 14 Tage ☐

* Aus der „Ärztlichen Mitteilung“ zu entnehmen

Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen		nein	unbekannt	ja
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 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"/>
1.3 Zur Zeit sonstige Beschwerden		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche: _____
1.4 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Grund: _____
1.5 Regelmäßige Medikamenteneinnahme		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche: _____
1.6 Regelmäßige sportliche Betätigung		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sportart: _____
		nein gelegentlich täglich		
1.7 Alkoholkonsum		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Rauchen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9 Drogen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welche: _____
2 Arbeitsvorgeschichte				
2.1 Weg zur Arbeitsstätte und zurück				
Dauer (Stunden)	<input type="checkbox"/> unter 1	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> über 3
	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> Fahrrad	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Fahrgemeinschaft
				<input type="checkbox"/> Motorfahrzeug
2.2 Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit)	<input type="text"/>			
Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit)	<input type="text"/>			
Wechselschicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.3 Welche beruflichen Arbeiten wurden bisher überwiegend ausgeführt?				

2.4 Sind seit Arbeitsaufnahme gesundheitliche Beschwerden aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welche: _____		
2.5 Werden die Beschwerden mit der ausgeübten Tätigkeit in Verbindung gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.6 Ist ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis aus gesundheitl. Gründen abgebrochen worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> weshalb: _____		

2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/Untersuchung erfolgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.8 Erfolgt arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Name, Vorname des Jugendlichen _____

Tag der Untersuchung _____

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

Nr.	Befund	Erläuterungen
3 Untersuchungen		
	<small>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).</small>	
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"/> altersentsprechend <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"/> Septumdeviation <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
<small>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).</small>		
3.14 <input type="checkbox"/>	Lungen	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Nebengeräusche <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen <input type="checkbox"/> path. Geräusch <input type="checkbox"/> sonstiges
3.15 <input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf	Puls im Sitzen (n/min) <input type="text"/> Blutdruck im Sitzen (systolisch) (mmHg) <input type="text"/> Blutdruck im Sitzen (diastolisch) (mmHg) <input type="text"/>
3.16 <input type="checkbox"/>	Periphere Durchblutung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> gestört <input type="checkbox"/> Krampfaderen
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

☐ nein☐ ja

Datum der Veranlassung

Grund

Fachrichtung

Arbeitsmedizin

☐

Innere Medizin

☐

Augenkrankheiten

☐

Nervenheilkunde

☐

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

☐

Orthopädie

☐

Hautkrankheiten

☐

sonstiges Gebiet

☐

Zum Verbleib beim untersuchenden ArztZutreffendes bitte ☒ ankreuzen**4 Beurteilung**

- ☐ Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG)
- ☐ Weitere Nachuntersuchung (§ 34 JArbSchG)
- ☐ Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35 JArbSchG)
- ☐ Angeordnete Nachuntersuchung (§ 42 JArbSchG)

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

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"/>

* 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: _____

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)

Stempel des Arztes

Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen

Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vorübergehend	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 ☒ 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: _____

(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.

Stempel des Arztes

Anlage 3a
(Farbe: rot)**Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten**Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

- ☐ Erste Nachuntersuchung (§ 33 Abs. 1 Jugendarbeitschutzgesetz – JArbSchG)
- ☐ Weitere Nachuntersuchung (§ 34 JArbSchG)
- ☐ Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35 JArbSchG)
- ☐ Angeordnete Nachuntersuchung (§ 42 JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

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 ☒ 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: _____

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)

Anlage 4

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"/>	<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"/>

* 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: Nach Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres hat sich der Arbeitgeber die Bescheinigung eines Arztes darüber vorlegen zu lassen, daß der Jugendliche nachuntersucht worden ist (§ 33 Abs. 1 JArbSchG).

Anlage 4a
(Farbe: rot)

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

Stempel des Arztes

--

Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber*Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

- ☐ Erste Nachuntersuchung (§ 33 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz - JArbSchG)
- ☐ Weitere Nachuntersuchung (§ 34 JArbSchG)
- ☐ Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35 JArbSchG)
- ☐ Angeordnete Nachuntersuchung (§ 42 JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

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"/>

* 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)

Anlage 5
(Farbe grün)

Hinweis für Ärzte!

Nur gültig
für Jugendliche unter 18 Jahren!

Land Nordrhein-Westfalen

Hinweis für Jugendliche!

Sie haben
das Recht, den Arzt frei zu wählen!

Untersuchungsberechtigungsschein

An
Stadtverwaltung / Kreisverwaltung in ¹⁾ _____

Der/Die vorgenannte Jugendliche wurde von mir am _____ ²⁾ nach dem 5. Titel des 3. Abschnitts des Jugendarbeitsschutzgesetzes vom 12.04.1976 (BGBl. I S. 965) i. V. mit der Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 02.10. 1961 (BGBl. I S. 1789), in der jeweils geltenden Fassung - § 72 Abs. 5 JArbSchG -, erstuntersucht - nachuntersucht - wiederholt nachuntersucht - außerordentlich nachuntersucht - auf Veranlassung des Staatl. Amtes für Arbeitsschutz bzw. Bergamts untersucht ³⁾. Das Ergebnis der von mir für notwendig gehaltenen Ergänzungsuntersuchungen durch ⁴⁾

habe ich bei meiner Beurteilung im Untersuchungsbogen berücksichtigt.

Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 JArbSchG habe ich/nicht ³⁾
für den _____ angeordnet.
Zeitpunkt

Um Überweisung des Pauschbetrages nach § 46 Abs. 2 Nr. 2 JArbSchG auf mein Konto
Nr. _____
bei _____ wird gebeten.

Datum _____ Stempel _____

Unterschrift des Arztes

¹⁾ Zuständig ist die Stadtverwaltung oder Kreisverwaltung, in deren Bezirk der Untersuchungsberechtigungsschein ausgegeben worden ist.

²⁾ Als Tag der Untersuchung gilt der Tag der abschließenden Beurteilung (§ 1 Abs. 2 der Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz.)

³⁾ Nichtzutreffendes streichen.

⁴⁾ Name und Anschrift des Facharztes, Zahnarztes usw. sind vom untersuchenden Arzt einzutragen.

Überweisung zur Ergänzungsuntersuchung

nach § 38 des Jugendarbeitsschutzgesetzes vom 12. April 1976 (BGBl. I. S. 965) zum Untersuchungsberechtigungsschein nach § 2 der Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 2. Oktober 1961 (BGBl. I S. 1789) in der jeweils geltenden Fassung

ausgegeben von _____ am _____

Name des Arztes
(Stempel)

Datum

Der/Die Jugendliche _____, geb. am _____
(Name, Vorname)

wohnhaft in _____

wird von mir erstuntersucht — erstmals nachuntersucht — wiederholt nachuntersucht — außerordentlich nachuntersucht — auf Veranlassung des Staatlichen Gewerbeaufsichtsamts/Bergamts untersucht. Zur abschließenden Beurteilung des Gesundheitszustandes ist folgende ärztliche Ergänzungsuntersuchung notwendig:

Ich bitte, diese Untersuchung vorzunehmen und den Befund unten (Anlage 6 Blatt 1) einzutragen.

Name des Arztes
(Stempel)

Datum

Befundbericht

Die oben erbetene Untersuchung habe ich durchgeführt.
Folgender Befund wurde dabei erhoben:

Urschriftlich zurückgesandt.

(Unterschrift)

An
Abrechnungsstelle

Anlage 6
Blatt 2

Überweisung zur Ergänzungsuntersuchung

nach § 38 des Jugendarbeitsschutzgesetzes vom 12. April 1976 (BGBl. I S. 965) zum Untersuchungsberechtigungsschein nach § 2 der Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 2. Oktober 1961 (BGBl. I S. 1789) in der jeweils geltenden Fassung

ausgegeben von _____ am _____

Name des Arztes
(Stempel)

Datum

Der/Die Jugendliche _____, geb. am _____
(Name, Vorname)

wohnhaft in _____

wird von mir erstuntersucht — erstmals nachuntersucht — wiederholt nachuntersucht — außerordentlich nachuntersucht — auf Veranlassung des Staatlichen Gewerbeaufsichtsamts/Bergamts untersucht. Zur abschließenden Beurteilung des Gesundheitszustandes ist folgende ärztliche Ergänzungsuntersuchung notwendig:

Ich bitte, diese Untersuchung vorzunehmen und den Befund unten (Anlage 6 Blatt 1) einzutragen.

Name des Arztes
(Stempel)

Datum

Die obige Untersuchung wurde von mir am _____ vorgenommen

Nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung für Ärzte berechne ich

Ziffer _____

Ziffer _____

\
Ziffer _____

Ich bitte um Überweisung auf mein Konto bei: _____

BLZ: _____ Kto.-Nr.: _____

Unterschrift)

Anlage 7

Haushaltsjahr 19.....

Dienststelle

Tel. (Durchwahl):

Mittelausgleich für Kapitel 07

Titel	Bisherige Zuteilung 19..... (DM)	Istausgabe (Stand: 30.9.19.....) (DM)	Mehr-/Minderbedarf (+/-) gegenüber Sp. 2 (bis zum Ende des lfd. Haushaltsjahres) (DM)	Begründung (ggf. gesondertes Blatt)
1	2	3	4	5

- MBl. NW. 1994 S. 1192.

II.

Hinweise

Inhalt des Gesetz- und Verordnungsblattes für das Land Nordrhein-Westfalen

Nr. 59 v. 22. 9. 1994

(Einzelpreis dieser Nummer 6,60 DM zuzügl. Portokosten)

Glied.- Nr.	Datum		Seite
791	15. 8. 1994	Bekanntmachung der Neufassung des Gesetzes zur Sicherung des Naturhaushalts und zur Entwicklung der Landschaft (Landschaftsgesetz – LG)	710

– MBl. NW. 1994 S. 1224.

Nr. 60 v. 23. 9. 1994

(Einzelpreis dieser Nummer 220 DM zuzügl. Portokosten)

Glied.- Nr.	Datum		Seite
2000	30. 8. 1994	Bekanntmachung des Inkrafttretens des Abkommens über die Änderung des Abkommens über die Errichtung und Finanzierung des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)	728
2121	8. 9. 1994	Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten	728
2251	30. 8. 1994	Bekanntmachung des Inkrafttretens des Ersten Staatsvertrags zur Änderung rundfunkrechtlicher Staatsverträge (Erster Rundfunkänderungsstaatsvertrag) vom 2. Februar/1. März 1994	728
25	8. 9. 1994	Achte Verordnung zur Änderung der Zuständigkeits- und Verfahrensordnung zum Bundesentschädigungsgesetz	728
301	13. 9. 1994	Verordnung über die Ermächtigung des Justizministeriums zum Erlass von Rechtsverordnungen nach § 219 Abs. 2 und § 229 Abs. 2 des Baugesetzbuches	729
	27. 8. 1994	Landtagswahl 1995 – Wahlausschreibung	729

– MBl. NW. 1994 S. 1224.

Einzelpreis dieser Nummer 13,25 DM

zuzügl. Porto- und Versandkosten.

Bestellungen, Anfragen usw. sind an den A. Bagel Verlag zu richten. Anschrift und Telefonnummer wie folgt für

Abonnementsbestellungen: Grafenberger Allee 100, Tel. (0211) 96 82/238 (8.00–12.30 Uhr), 40237 Düsseldorf

Bezugspreis halbjährlich 98,- DM (Kalenderhalbjahr), Jahresbezug 196,- DM (Kalenderjahr), zahlbar im voraus. Abbestellungen für Kalenderhalbjahresbezug müssen bis zum 30. 4. bzw. 31. 10., für Kalenderjahresbezug bis zum 31. 10. eines jeden Jahres beim A. Bagel Verlag vorliegen.

Reklamationen über nicht erfolgte Lieferungen aus dem Abonnement werden nur innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erscheinen anerkannt.

In den Bezugs- und Einzelpreisen ist keine Umsatzsteuer i. S. d. § 14 UStG enthalten.

Einzelbestellungen: Grafenberger Allee 100, Tel. (0211) 96 82/241, 40237 Düsseldorf

Von Vorabesendungen des Rechnungsbetrages – in welcher Form auch immer – bitten wir abzusehen. Die Lieferungen erfolgen nur aufgrund schriftlicher Bestellung gegen Rechnung. Es wird dringend empfohlen, Nachbestellungen des Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen möglichst innerhalb eines Vierteljahres nach Erscheinen der jeweiligen Nummer beim A. Bagel Verlag vorzunehmen, um späteren Lieferschwierigkeiten vorzubeugen. Wenn nicht innerhalb von vier Wochen eine Lieferung erfolgt, gilt die Nummer als vergriffen. Eine besondere Benachrichtigung ergeht nicht.

Herausgeber: Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Haroldstraße 5, 40213 Düsseldorf

Herstellung und Vertrieb im Namen und für Rechnung des Herausgebers: A. Bagel Verlag, Grafenberger Allee 100, 40237 Düsseldorf

Druck: TSB Tiefdruck Schwann-Bagel, Düsseldorf und Mönchengladbach

ISSN 0177-3569