



# MINISTERIALBLATT

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

67. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 7. August 2014

Nummer 22

## Inhalt

### I.

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

| Glied.-Nr. | Datum       | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Seite |
|------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 2170       | 9. 7. 2014  | RdErl. d. Ministeriums für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport<br>Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen zur Umsetzung des Landesprogramms „1000 x 1000 – Anerkennung für den Sportverein“ .....                                                                                                                                               | 402   |
| 764        | 14. 7. 2014 | Westdeutsche Landesbausparkasse<br>Satzung der LBS Westdeutsche Landesbausparkasse vom 12. 7. 2014 .....                                                                                                                                                                                                                                                     | 416   |
| 7824       | 25. 7. 2014 | RdErl. d. Ministeriums für Klimaschutz, Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz<br>Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Erzeugungs- und Vermarktungsbedingungen für Bienenzuchterzeugnisse .....                                                                                     | 420   |
| 8051       | 24. 7. 2014 | Gem. RdErl. d. Ministeriums für Arbeit, Integration und Soziales, d. Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter u. d. Ministeriums für Inneres und Kommunales<br>Durchführung von ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz Ausgabe der Untersuchungsberechtigungsscheine und Erhebungsbogen, Abrechnungsverfahren ..... | 420   |

### III.

#### Öffentliche Bekanntmachungen

(Im Internet für Jedermann kostenfrei zugänglich unter: <https://recht.nrw.de>)

| Datum       | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Seite |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 14. 7. 2014 | <b>Ministeriums für Klimaschutz, Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz</b><br>Bek. – Strategische Umweltprüfung für das Entwicklungsprogramm des Landes Nordrhein-Westfalen für den Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER) in der Förderperiode 2014-2020 ..... | 450   |

#### Hinweis:

Die Gesetz- und Verordnungsblätter, die Ministerialblätter, die Sammlung aller Gesetze und Verordnungen des Landes NRW (SGV. NRW.) sowie die Sammlung der in Teil I des MBl. NRW. veröffentlichten Erlasse (SMBL. NRW.) stehen im Intranet des Landes NRW zur Verfügung.

Dasselbe wird auch im Internet angeboten. Die Adresse ist: <https://recht.nrw.de> Hingewiesen wird auf die kostenlosen Angebote im Internet unter der genannten Adresse. Dort finden Sie Links zu vielen qualitativ hochwertigen Rechtsangeboten.

Wollen Sie die Inhaltsangabe eines jeden neuen Gesetzblattes oder Ministerialblattes per Mail zugesandt erhalten? Dann können Sie sich in das Newsletter-Angebot der Redaktion eintragen. Adresse: <https://recht.nrw.de>, dort: Newsletter anklicken.

**I.****2170**

**Richtlinien über die Gewährung  
von Zuwendungen zur Umsetzung des Landes-  
programms „1000 x 1000 – Anerkennung für den  
Sportverein“**

RdErl. d. Ministeriums für Familie, Kinder, Jugend,  
Kultur und Sport – 51. – 8440 Nr. 117/14  
v. 9.7.2014

**1****Zuwendungszweck, Rechtsgrundlage****1.1****Zuwendungszweck**

Das Land Nordrhein-Westfalen fördert das Engagement von Sportvereinen, die sich im Landesprogramm 1000 x 1000 mit eigenen Maßnahmen einbringen.

**1.2****Rechtsgrundlage**

Das Land gewährt nach Maßgabe dieser Richtlinien und den Verwaltungsvorschriften zu § 44 Landeshaushaltsordnung (LHO) Zuwendungen für die Umsetzung des Landesprogrammes „1000 x 1000 – Anerkennung für den Sportverein“. Ein Anspruch auf Gewährung einer Förderung besteht nicht; vielmehr entscheidet die Bewilligungsbehörde aufgrund ihres pflichtgemäßen Ermessens im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel.

**2****Gegenstand der Förderung**

Gefördert werden zusätzliche Maßnahmen von Sportvereinen in Bereichen mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Bezügen, die aktuelle sportpolitische Aspekte aufgreifen und gesellschaftlich relevant sind. Das für Sport zuständige Ministerium setzt jährlich Förderschwerpunkte fest.

**3****Zuwendungsempfänger**

Zuwendungsempfänger sind nordrhein-westfälische Kreis- und Stadtsportbünde. Die Mittel werden gemäß Nr. 12 VV zu § 44 LHO an die teilnehmenden Vereine weitergeleitet.

**4****Zuwendungsvoraussetzungen****4.1**

Pro Sportverein kann jeweils nur eine Maßnahme jährlich berücksichtigt werden.

**4.2**

Zusätzlich ist eine Maßnahme, wenn sie über die regelmäßige Tätigkeit des Vereins hinausgeht.

**4.3**

Zuwendungen im laufenden Jahr sind nicht zu gewähren, wenn ein Verwendungsnachweis über die im Rahmen dieser Richtlinien gewährten Zuschüsse nicht fristgerecht vorliegt oder zu erstattende Zuwendungen trotz entsprechender Rückforderungsbescheide nicht zurückgezahlt worden sind.

**4.4****Vorzeitiger Maßnahmenbeginn**

Zuwendungen zur Projektförderung dürfen auch für solche Maßnahmen bewilligt werden, die begonnen worden sind, wenn die erforderlichen Haushaltsmittel voraussichtlich zur Verfügung stehen und ein prüffähiger Förderantrag gemäß Nummer 6.2.3 vorliegt.

**5****Art und Umfang, Höhe der Zuwendung****5.1****Zuwendungsart****Projektförderung****5.2****Finanzierungsart****Festbetragsfinanzierung****5.3****Form der Zuwendung****Zuschuss****5.4****Bemessungsgrundlage****5.4.1****Zuwendungsfähige Ausgaben**

Verwaltungsausgaben der Zuwendungsempfänger (Kreis- und Stadtsportbünde) sind nicht zuwendungsfähig.

**5.4.2****Verteilschlüssel; Höchstbetrag**

Die Zuwendungen werden auf Basis der Anzahl der Mitgliedsvereine in den jeweiligen Kreis- und Stadtsportbünden und der Anzahl der teilnehmenden Vereine verteilt. Dabei ist der Festbetrag je Verein auf einen Höchstbetrag in Höhe von 1.000 Euro begrenzt.

Die Bewilligungsbehörde kann zurückfließende Mittel im Rahmen ihres pflichtgemäßen Ermessens erneut verteilen.

**5.4.3****Bagatellgrenze**

Ein Antrag kann nur gestellt werden, wenn die zuwendungsfähigen Ausgaben der Maßnahme 1.000 Euro nicht unterschreiten.

**6****Sonstige Zuwendungsbestimmungen**

In den Zuwendungsbescheid sind folgende Regelungen aufzunehmen:

**6.1****Durchführungszeitraum**

Die Maßnahme ist bis zum 31.12. des jeweiligen Haushaltsjahres durchzuführen.

**6.2****Weiterleitung der Mittel**

Die Kreis- und Stadtsportbünde leiten die Mittel an die teilnehmenden Vereine weiter.

**6.2.1**

Teilnehmende Vereine als Empfänger der weitergeleiteten Mittel

Empfänger der weitergeleiteten Mittel sind teilnehmende nordrhein-westfälische Sportvereine, die als gemeinnützig wegen Förderung des Sports anerkannt sind und Mitglied in einem Fachverband sowie zugleich Mitglied im jeweiligen Stadt- bzw. Kreissportbund sind.

**6.2.2****Maßstab für die Weiterleitung**

Über die Verteilung der Mittel an die teilnehmenden Sportvereine entscheiden die Kreis- und Stadtsportbünde im Rahmen ihres pflichtgemäßen Ermessens.

**6.2.3****Verfahren bei der Weiterleitung**

Die teilnehmenden Sportvereine richten ihre Anträge auf Weiterleitung einer Zuwendung entsprechend dem Antragsmuster (**Anlage B**) an ihre örtlichen Kreis- und Stadtsportbünde. Diese lassen auf Antrag und bei Vorliegen der Voraussetzungen einen vorzeitigen Maßnahmenbeginn im Sinne von Nummer 4.4 zu. Der Festbetrag je Sportverein ist auf einen Höchstbetrag von 1.000 Euro je Maßnahme begrenzt. Pro Sportverein kann jeweils nur eine Maßnahme jährlich berücksichtigt werden. Es dürfen nur Mittel weitergeleitet werden für Maßnahmen der teilnehmenden Vereine, bei denen die zuwendungsfähigen Ausgaben jeweils 1.000 Euro nicht unterschreiten. Zur Umsetzung des jeweiligen Programms sind alle Projektausgaben förderfähig, die der Maßnahme zuzurechnen sind. Die teilnehmenden Vereine haben die Verwen-

**Anlage B**

**Anlage D** dung der Landesmittel in einem Nachweis nach Muster (**Anlage D**) spätestens bis zum 28. Februar des Folgejahres gegenüber dem örtlich zuständigen Kreis- und Stadtsportbund zu belegen.

### 6.3

#### Überprüfungspflicht

Stellt der Zuwendungsempfänger fest, dass er ihm bewilligte Mittel nicht benötigt, so ist er verpflichtet, die Bewilligungsbehörde unverzüglich zu informieren und gegebenenfalls bereits ausgezahlte Mittel wieder zurückzuzahlen.

### 7

#### Verfahren

#### 7.1

##### Antragsstellung

**Anlage A** Die Kreis- und Stadtsportbünde stellen einen Antrag nach beigefügtem Muster (**Anlage A**) und richten diesen an den Landessportbund NRW.

#### 7.2

##### Bewilligungsverfahren

##### 7.2.1

##### Bewilligungsbehörde

Der Landessportbund NRW verwaltet die Mittel im Auftrag des Landes gemäß § 44 Absatz 2 LHO nach Maßgabe dieser Richtlinien. Er ist beauftragt, die Mittel an die Kreis- und Stadtsportbünde im Rahmen eines Zuwendungsverfahrens nach § 44 Absatz 1 LHO zu bewilligen.

##### 7.2.2

##### Bewilligungsbescheid

**Anlage C** Bei der Bewilligung ist das Bescheidmuster (**Anlage C**) zu verwenden.

#### 7.3

##### Auszahlungsverfahren

Die Zuwendung wird erst ausgezahlt, wenn der Bescheid an die Kreis- und Stadtsportbünde bestandskräftig geworden ist. Sie darf nur insoweit und nicht eher ausgezahlt werden, als sie voraussichtlich innerhalb von zwei Monaten nach Auszahlung für Zahlungen an die Sportvereine im Rahmen des Zuwendungszwecks benötigt wird.

#### 7.4

##### Verwendungsnachweis

**Anlage E** Die Kreis- und Stadtsportbünde legen dem Landessportbund einen vereinfachten Verwendungsnachweis (**Anlage E**) mit einer Übersicht der geförderten Vereine und Maßnahmen spätestens bis zum 30. Juni des Folgejahres vor. Der Landessportbund NRW prüft die Mittelverwendung stichprobenweise.

### 8

#### Inkrafttreten

Diese Richtlinien treten mit Wirkung vom 1. August 2014 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2017 außer Kraft.

## Anlage A

|                                                            |                         |
|------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Antragsteller</b> (Name der Organisation und Anschrift) | <b>Auskunft erteilt</b> |
|                                                            | <b>Telefon</b>          |
|                                                            | <b>E-Mail</b>           |

Landessportbund Nordrhein-Westfalen  
Friedrich-Alfred-Straße 25  
47055 Duisburg

**Antrag für eine Zuwendung aus dem Landesprogramm  
„1000x1000 – Anerkennung für den Sportverein“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantragen wir auf der Grundlage des Landesprogramms „1000x1000 - Anerkennung für den Sportverein“ für das Jahr 20.. eine Zuwendung in Höhe von

\_\_\_\_\_ **Euro.**

Die Berechnung dieses Betrages ergibt sich aus den beigefügten Meldungen zu den Maßnahmen unserer Sportvereine.

Als Antragsteller erklären wir, dass

- ☐ wir für diese Maßnahmen keine weiteren Landesmittel beantragt haben und beantragen werden,
- ☐ wir für diese Maßnahme keine zusätzliche öffentliche Mittel beantragt haben bzw. beantragen werden.

wir zum Vorsteuerabzug ☐ nicht berechtigt ☐ berechtigt sind und dies bei der Berechnung der Ausgaben berücksichtigt haben.

☐ die gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**rechtsverbindliche Unterschrift**

## Anlage B

**Förderung des Landesprogramms  
„1000x1000 – Anerkennung für den Sportverein“**

Verein

**Antrag  
„1000x1000-Anerkennung für  
den Sportverein“**

 An den  
Stadt- bzw. Kreissportbund ...

|                                                     |                                  |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>1. Antragstellerin/Antragsteller</b>             |                                  |
| Verein                                              |                                  |
| Anschrift:                                          | Straße/PLZ/Ort/Kreis             |
| Auskunft erteilt:                                   | Name/Tel. (Durchwahl)            |
| Bankverbindung:                                     | IBAN: BIC:                       |
|                                                     | Bezeichnung des Kreditinstituts: |
| <b>Maßnahme</b>                                     |                                  |
| Bezeichnung/Art des Angebots                        |                                  |
| Durchführungszeitraum:                              | von/bis                          |
| <b>2. Kosten der Maßnahme Haushaltsjahr 20..</b>    |                                  |
| 2.1 zuwendungsfähige Ausgaben (mind. 1000 €):       |                                  |
| 2.2 Beantragte Förderung Landesprogramm 1000 x 1000 | 1.000 €                          |

**3. Begründung**

Darstellung der Maßnahme

**4. Erklärung**

Die Antragstellerin/der Antragsteller erklärt, dass

4.1. mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde.

4.2. es sich hierbei um zusätzliche Maßnahmen im Sinne Nr. 4.2 der Förderrichtlinie handelt, d.h. die Maßnahme geht über die regelmäßige Tätigkeit des Vereins hinaus.

4.3. der Verein keine weiteren öffentlichen Mittel beantragt hat.

4.4 der Verein zum Vorsteuerabzug

☐ nicht berechtigt   ☐ berechtigt   ☐ teilweise berechtigt ist  
und dies bei Berechnung der Gesamtausgaben (Nr.2.) berücksichtigt hat (Preise ohne Umsatzsteuer).

4.5 die in diesem Antrag (einschl. Antragsunterlagen) gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift

## Anlage C

An  
SSB/KSB

**Förderung des Landes Nordrhein-Westfalen im Haushaltsjahr 20..;**  
**Landesprogramm „1000x1000 – Anerkennung für den Sportverein“**  
Ihr Antrag vom

- Anlagen:
1. „Allgemeine Nebenbestimmungen zur Projektförderung (ANBest-P)“
  2. Vordruck *Weitergabe der Mittel* an Verein (Anlage 1)
  3. Verwendungsnachweis (Anlage 2)
  4. Nachweis *Verein* (Anlage 3)
  5. Vordruck Rechtsbehelfsverzicht

**Z u w e n d u n g s b e s c h e i d**  
(Projektförderung)

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf Ihren o.a. Antrag bewillige ich Ihnen im Auftrag des Ministeriums für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport NRW für die Zeit vom (*Datum des Bescheides*) bis 31.12.20.. (Bewilligungszeitraum) eine Zuwendung in Höhe von

..... €  
(in Worten:.....EURO)

Die Förderung ist zweckgebunden für die Durchführung des Landesprogramms „1000x1000 – Anerkennung für den Sportverein“ und wird als Festbetrag zu den zuwendungsfähigen Ausgaben in Form eines Zuschusses gewährt. Gefördert werden die gemäß Ihrem Antrag vom.....aufgeführten Maßnahmen von insgesamt (*Anzahl*) Vereinen.

Durchführungszeitraum ist der 01.01.20.... bis zum 31.12.20...

Auf Antrag eines Sportvereins kann ein förderunschädlicher vorzeitiger Maßnahmenbeginn bewilligt werden, wenn ein prüffähiger Förderantrag vorliegt und die erforderlichen Haushaltsmittel voraussichtlich zur Verfügung stehen.

Auszahlung der Zuwendung

Die Zuwendung kann grundsätzlich erst ausgezahlt werden, wenn dieser Bescheid bestandskräftig ist und Sie die Mittel abrufen. In diesem Zusammenhang weise ich auf Nr. 1.4 der anliegenden „Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendung zur Projektförderung (ANBest-P)“ hin. Sie haben die Möglichkeit, die Auszahlung zu beschleunigen, wenn Sie auf die Einlegung eines Rechtsmittels verzichten. Ein entsprechender Vordruck ist beige-fügt.

### Weiterleitung der Fördermittel

Die Fördermittel sind innerhalb von zwei Monaten nach Mitteleingang den am Programm teilnehmenden Sportvereinen weiterzuleiten. Pro Sportverein kann jeweils nur eine Maßnahme jährlich berücksichtigt werden. Die zuwendungsfähigen Ausgaben dürfen jeweils 1000 Euro nicht unterschreiten. Im Übrigen ist sicherzustellen, dass die allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung (ANBest-P), mit Ausnahme von Nr. 2 ANBest-P, auch den Vereinen auferlegt werden.

### Verwendungsnachweis

Den Verwendungsnachweis für die im Haushaltsjahr 20.. verausgabten Mittel bitte ich mir spätestens bis zum 30.06. des Folgejahres in einfacher Form (Nr. 6.6 ANBest-P) unter Verwendung des beigefügten Vordruckes (Anlage 2) vorzulegen. Beizufügen ist eine Liste der am Landesprogramm beteiligten Sportvereine mit deren Beleglisten.

Den Vereinen ist aufzuerlegen, einen Nachweis entsprechend dem beigefügten Muster (Anlage 3) bis zum 28.02. des Folgejahres vorzulegen.

Nicht verausgabte Fördermittel sind unverzüglich zurückzuzahlen.

### Nebenbestimmungen

Die allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung (ANBest-P) sind mit Ausnahme von Nr. 2 ANBest-P zu beachten.

### Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe beim Verwaltungsgericht (Beispiel: Düsseldorf, Bastionstrasse 39, 40213 Düsseldorf) Klage erheben.

Die Klage kann schriftlich eingereicht oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle erhoben werden. Sie muss den Kläger, den Beklagten und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben werden. Der Klage nebst Anlagen sollen so viele Abschriften beigefügt werden, dass alle Beteiligten eine Ausfertigung erhalten können.

Die Klage kann auch in elektronischer Form nach Maßgabe der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr bei den Verwaltungsgerichten und den Finanzgerichten im Lande Nordrhein-Westfalen – ERVVO VG/FG – vom 07.11.2012 (GV.NRW. Seite 548) in der jeweils geltenden Fassung eingereicht werden. Das elektronische Dokument muss mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach § 2 Nummer 3 des Signaturgesetzes vom 16. Mai 2001 (BGBl. I S. 876) in der jeweils geltenden Fassung versehen sein und an die elektronische Poststelle des Gerichts übermittelt werden.

### **Hinweise:**

Bei der Verwendung der Form sind besondere technische Rahmenbedingungen zu beachten. Die besonderen technischen Voraussetzungen sind unter [www.egvp.de](http://www.egvp.de) aufgeführt.

Für Rückfragen oder zur Klärung von Unstimmigkeiten vor der Erhebung einer Klage stehe ich Ihnen selbstverständlich zur Verfügung.“

Mit freundlichen Grüßen

Anlage 1 zum Zuwendungsbescheid /

Muster *Weiterleitung Fördermittel „1000x1000“* SSB/KSB an Vereine

**Förderung aus dem Landesprogramm „1000x1000 – Anerkennung für den Sportverein“ im Haushaltsjahr 20...**

Ihr Antrag vom

Anlagen: 1. „Allgemeine Nebenbestimmungen zur Projektförderung (ANBest-P)“  
2. Nachweis

Sehr geehrte

auf Ihren o.a. Antrag wird Ihnen für die Zeit vom.....20.... bis 31.12.20...  
(Bewilligungszeitraum) eine Förderung in Höhe von

**1.000 € (in Worten: eintausend Euro)**

aus Mitteln des Landes Nordrhein-Westfalen bewilligt.

Die Förderung ist zweckgebunden für die Durchführung einer Maßnahme aus dem Landesprogramms „1000x1000 – Anerkennung für den Sportverein“ und wird als Festbetrag zu den zuwendungsfähigen Ausgaben in Form eines Zuschusses gewährt.

Gefördert wird (genaue Bezeichnung der Maßnahme).....

Durchführungszeitraum ist der .....20..... bis 31.12.20....

(Festlegen, ab wann mit der Maßnahme begonnen werden darf; ggf. ist vor Weiterleitung der Mittel an den Verein ein förderunschädlicher Maßnahmenbeginn zu genehmigen.)

Nebenbestimmungen

Die allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung (ANBest-P) sind mit Ausnahme von Nr. 2 ANBest-P zu beachten.

Der Nachweis über die verwendeten Fördermittel gemäß Anlage 2 ist mir mit einer Belegliste aller Ausgaben bis zum 28.02....vorzulegen. Nicht verausgabte Fördermittel sind unverzüglich zurückzuzahlen.

Ich weise darauf hin, dass ich mir ein Prüfungsrecht vorbehalte. Auch der Landessportbund sowie der Landesrechnungshof NRW sind zur Prüfung berechtigt. Originalbelege sind daher für die Dauer von fünf Jahren zur Einsichtnahme bereitzuhalten.

Mit freundlichen Grüßen

## Anlage D

## Anlage 3

-----  
(Verein)-----  
Ort/DatumAn  
SSB/KSB**Nachweis der Mittelverwendung aus dem Landesprogramm 1000 x 1000 - Anerkennung für den Sportverein**

Mittelauszahlung des Kreis- oder Stadtsportbundes .....

| vom | Az.: | über | EUR |
|-----|------|------|-----|
|-----|------|------|-----|

**I. Sachbericht**

(kurze Darstellung der durchgeführten Maßnahmen, u.a. Beginn, Maßnahmedauer, Abschluss, Nachweis des geförderten Personals, Erfolg und Auswirkungen der Maßnahme, etc.)

## Anlage D

**II. Ausgaben**

| Ausgabengliederung<br>(s. beigefügte Belegliste) | Lt. Antrag | Lt. Abrechnung |
|--------------------------------------------------|------------|----------------|
|                                                  | insgesamt  | insgesamt      |
|                                                  | EUR        | EUR            |
|                                                  |            |                |
|                                                  |            |                |
|                                                  |            |                |
| Insgesamt                                        |            |                |

**III. Berechnung des Saldos**

|              |                                                                         | Ist. Schreiben<br>SSB / KSB und<br>Antrag<br>EURO | Ist-Ergebnis<br>lt. Abrechnung<br>EURO |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Ausgaben     |                                                                         |                                                   |                                        |
| Förderung    |                                                                         | 1.000 €                                           | 1.000 €                                |
| Mehrausgaben | Unterschreitet der Saldo<br>1.000 €, ist die Differenz<br>zu erstatten. |                                                   |                                        |

**IV. Bestätigungen**

Es wird bestätigt, dass

- ☐ eine „zusätzliche Maßnahme“ im Sinne Nr. 4.2 der Förderrichtlinie durchgeführt wurde, d.h. die Maßnahme über die regelmäßige Tätigkeit des Vereins hinausging.
- ☐ die Ausgaben notwendig waren, wirtschaftlich und sparsam verfahren worden ist und die Angaben im Nachweis mit den Büchern und Belegen übereinstimmen.
- ☐ die Angaben in diesem Nachweis vollständig und richtig sind.

-----  
(Ort/Datum)-----  
(Rechtsverbindliche Unterschrift)

## Anlage E

## Anlage 2 zum ZuwendungsB an KSB/SSB

-----  
(Zuwendungsempfänger)

-----  
Ort/Datum

An den  
Landessportbund des Landes NRW e.V.  
Friedrich-Alfred-Straße 25  
47055 Duisburg

**Verwendungsnachweis****Landesprogramm „1000x1000 – Anerkennung für den Sportverein“**

Wir erhielten durch Zuwendungsbescheid des Landessportbundes NRW  
vom \_\_\_\_\_ für den o.a. Verwendungszweck eine Zuwendung  
in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro.

**I. Sachbericht**

(Kurze Darstellung der durchgeführten Maßnahmen, u.a. Beginn, Maßnahmendauer, Abschluss, Erfolg und Auswirkungen der Maßnahme, etwaige Abweichungen von den dem Zuwendungsbescheid zugrundeliegenden Planungen und vom Finanzierungsplan. Eine Liste der geförderten Vereine mit Angabe der durchgeführten Maßnahme und der tatsächlichen Ausgaben ist beizufügen.)

**II. Zahlenmäßiger Nachweis****1. Einnahmen**

|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| Bewilligung des Landessportbundes NRW | _____ Euro |
|---------------------------------------|------------|

**2. Ausgaben**

| Lt. Zuwendungsbescheid                |                   | Lt. Abrechnung                        |                   |
|---------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|-------------------|
| Gefördert<br>_____(Anzahl)<br>Vereine | Insgesamt<br>Euro | Gefördert<br>_____(Anzahl)<br>Vereine | Insgesamt<br>Euro |
|                                       |                   |                                       |                   |

**III. Saldo**

| Abrechnung<br>bezogen auf das Gesamtergebnis KSB/SSB |                                       |  |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Ausgaben lt. Abrechnung II Nr.2                      |                                       |  |
| Einnahmen lt. II Nr. 1                               |                                       |  |
| Mehrausgaben                                         | Minderausgaben<br>(sind zu erstatten) |  |

**IV. Bestätigungen**

Es wird bestätigt, dass

- ☐ die Allgemeinen und Besonderen Nebenbestimmungen des Zuwendungsbescheides beachtet wurden,
- ☐ die Ausgaben notwendig waren, wirtschaftlich und sparsam verfahren worden ist und die Angaben im Verwendungsnachweis mit den Büchern und Belegen übereinstimmen.

-----  
(Ort/Datum)

-----  
(Rechtsverbindliche Unterschrift)

**Anlage:** Liste der geförderten Vereine

Landesprogramm "1000x1000 - Anerkennung für den Sportverein" für 20....

|                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
|                                    | zu Ausgaben         |
| <b>Belegliste des Sportvereins</b> | <b>im KSB / SSB</b> |

| Beleg<br>-Nr. | Zahlungsempfänger (mit Adresse) | Datum | Leistung/<br>Gegenstand | Umfang der<br>Leistung/Menge | Zweck | Summe  |
|---------------|---------------------------------|-------|-------------------------|------------------------------|-------|--------|
|               |                                 |       |                         |                              |       | 0,00 € |

764

### **Satzung der LBS Westdeutsche Landesbausparkasse vom 12.7.2014**

(1) Die Trägerversammlung der LBS Westdeutsche Landesbausparkasse hat in ihrer Sitzung am 11. April 2014 sowie durch ergänzenden Beschluss am 21. Juli 2014 gemäß § 2 Absatz 1 Satz 2 des Gesetzes über die LBS Westdeutsche Landesbausparkasse (LBSG) vom 4. Juli 2014 (GV. NRW. S. 379) die Neufassung der Satzung der LBS Westdeutsche Landesbausparkasse in dem nachstehend abgedruckten Wortlaut beschlossen.

(2) Die Neufassung der Satzung ist gemäß § 2 Absatz 2 Satz 1 LBSG in Verbindung mit § 9 Absatz 1 Satz 1 LBSG am 21. Juli 2014 vom Finanzministerium genehmigt worden.

(3) Die Neufassung der Satzung ist am 7. August 2014 im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen (MBL. NRW. 9 S. 416) bekannt gemacht worden und am 12. Juli 2014 in Kraft getreten.

#### **Inhaltsübersicht**

##### **A. Allgemeine Bestimmungen**

- § 1 Firma, Sitz, Siegel, Träger
- § 2 Stammkapital
- § 3 Aufgaben, Beteiligungen, Niederlassungen

##### **B. Organe der Bausparkasse**

- § 4 Organe

##### **1. Vorstand**

- § 5 Zusammensetzung des Vorstands
- § 6 Zuständigkeit des Vorstands

##### **2. Verwaltungsrat**

- § 7 Zusammensetzung des Verwaltungsrates
- § 8 Mitgliedschaft im Verwaltungsrat
- § 9 Sitzungen des Verwaltungsrates
- § 10 Zuständigkeit des Verwaltungsrates
- § 11 Beiräte

##### **3. Trägerversammlung**

- § 12 Zusammensetzung und Beschlüsse der Trägerversammlung
- § 13 Sitzungen der Trägerversammlung
- § 14 Aufgaben der Trägerversammlung

##### **C. Jahresabschluss, Geschäftsbericht, Gewinnverteilung**

- § 15 Jahresabschluss und Geschäftsbericht

##### **D. Sonstiges**

- § 16 Verschmelzung
- § 17 Auflösung der Bausparkasse
- § 18 Aufsichtsbehörde
- § 19 Bekanntmachungen
- § 20 Inkrafttreten

##### **A. Allgemeine Bestimmungen**

##### **§ 1**

##### **Firma, Sitz, Siegel, Träger**

- (1) Der Name der Anstalt lautet:  
„LBS Westdeutsche Landesbausparkasse“  
(im Folgenden „Bausparkasse“ genannt).

Die Bausparkasse wird auch unter der Kurzbezeichnung „LBS“ geführt. Im Falle einer Verschmelzung nach § 16 kann der Name der Bausparkasse im Gebiet des übertragenden Rechtsträgers durch einen regionalen Zusatz ergänzt werden.

(2) Die Bausparkasse ist eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts. Ihr Sitz ist in Münster.

(3) Die Bausparkasse führt ein Siegel mit den Worten „LBS Westdeutsche Landesbausparkasse“ und der Kurzbezeichnung „LBS“. Die von der Bausparkasse ausgestellten und mit Siegel der Bausparkasse versehenen Urkunden sind öffentliche Urkunden.

(4) Träger der Bausparkasse sind

- a) der Rheinische Sparkassen- und Giroverband und
- b) der Westfälisch-Lippische Sparkassen- und Giroverband.

(5) Jeder Träger kann seine Trägerschaft an der LBS Westdeutsche Landesbausparkasse mit Zustimmung der übrigen Träger ganz oder teilweise auf eine oder mehrere juristische Personen des öffentlichen Rechts nach Maßgabe des § 4 Abs. 2 des Gesetzes über die LBS Westdeutsche Landesbausparkasse übertragen.

##### **§ 2**

##### **Stammkapital**

(1) Die Bausparkasse ist mit einem Stammkapital in Höhe von Euro 50.000.000,- ausgestattet.

(2) Am Stammkapital sind beteiligt

- a) der Rheinische Sparkassen- und Giroverband mit Euro 25.000.000 (50 %) und
- b) der Westfälisch-Lippische Sparkassen- und Giroverband mit Euro 25.000.000 (50 %).

##### **§ 3**

##### **Aufgaben, Beteiligungen, Niederlassungen**

(1) Die Bausparkasse pflegt das Bausparen und fördert den Wohnungsbau. Sie betreibt die nach Maßgabe der für Bausparkassen geltenden rechtlichen Vorschriften zulässigen Geschäfte.

(2) Die Bausparkasse kann sich im Rahmen ihrer Aufgaben und nach Maßgabe der für Bausparkassen geltenden Bestimmungen an anderen Unternehmen beteiligen und Niederlassungen errichten.

(3) Die Bausparkasse kann juristische Personen des öffentlichen Rechts als Träger unter Beteiligung am Stammkapital – auch länderübergreifend – sowie vermögenseinlagen stiller Gesellschafter nach Maßgabe des § 3 Abs. 3 des Gesetzes über die LBS Westdeutsche Landesbausparkasse aufnehmen.

##### **B. Organe der Bausparkasse**

##### **§ 4**

##### **Organe**

(1) Organe der Bausparkasse sind der Vorstand, der Verwaltungsrat und die Trägerversammlung.

(2) Die Mitglieder der Organe haben über vertrauliche Angaben und Geheimnisse der Bausparkasse, namentlich Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse, die ihnen durch ihre Tätigkeit in den Organen der Bausparkasse bekannt geworden sind, Stillschweigen zu bewahren. Diese Pflicht bleibt auch nach dem Ausscheiden aus dem Organ bestehen. Die Genehmigung, abweichend von Satz 1 Erklärungen abzugeben oder in gerichtlichen oder außergerichtlichen Verfahren auszusagen, erteilt den Mitgliedern der Trägerversammlung, des Verwaltungsrates und des Vorstandes der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates, im Verhinderungsfall ein diesem oder dieser nachfolgender Vorsitzender oder nachfolgende Vorsitzende des Verwaltungsrates. Die Befugnis des Vorstandes, die im Rahmen seiner Geschäftsführung üblichen und notwendigen Erklärungen im Interesse der Bausparkasse abzugeben, bleibt unberührt.

**1. Vorstand****§ 5****Zusammensetzung des Vorstands**

(1) Der Verwaltungsrat bestimmt die Zahl der Mitglieder des Vorstands. Der Vorstand besteht aus mindestens zwei Personen und, sofern solche bestellt worden sind, aus den stellvertretenden Mitgliedern.

(2) Der Verwaltungsrat bestellt die Vorstandsmitglieder und die stellvertretenden Mitglieder des Vorstandes. Er bestimmt eine(n) Vorsitzende(n) und kann eine(n) oder mehrere stellvertretende Vorsitzende bestimmen.

(3) Die Mitglieder des Vorstands und die stellvertretenden Mitglieder des Vorstandes werden für die Dauer von höchstens fünf Jahren bestellt. Eine wiederholte Bestellung ist zulässig. Über die Wiederbestellung von Mitgliedern des Vorstands ist frühestens zwölf und spätestens sechs Monate vor Ablauf der jeweiligen Bestellungsperiode zu beschließen. Die Sätze 1 bis 3 gelten für stellvertretende Vorstandsmitglieder entsprechend.

(4) Der Verwaltungsrat kann die Bestellung zum Vorstandsmitglied oder zum stellvertretenden Vorstandsmitglied widerrufen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt. Ein solcher Grund ist namentlich grobe Pflichtverletzung, Unfähigkeit zur ordnungsgemäßen Geschäftsführung oder eine nachhaltige und erhebliche Störung des Vertrauensverhältnisses. Der Widerruf ist wirksam, bis seine Unwirksamkeit rechtskräftig festgestellt ist.

(5) Der Vorstand gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Verwaltungsrates bedarf.

**§ 6****Zuständigkeit des Vorstands**

(1) Die Bausparkasse wird gerichtlich und außergerichtlich durch zwei Vorstandsmitglieder oder durch ein Vorstandsmitglied in Gemeinschaft mit einem Prokuristen oder einer Prokuristin vertreten.

(2) Für den laufenden Geschäftsverkehr kann der Vorstand eine von Abs. 1 abweichende Regelung treffen.

(3) Der Vorstand führt die Geschäfte der Bausparkasse nach Maßgabe der Gesetze, der Satzung und der Geschäftsordnung. Über die Geschäftsverteilung innerhalb des Vorstands entscheidet der Vorsitzende des Vorstands.

(4) Der Vorstand legt dem Verwaltungsrat spätestens 6 Wochen vor Beginn eines Geschäftsjahres ein aussagefähiges Budget mindestens für die drei folgenden Geschäftsjahre vor. Dieses umfasst insbesondere die Ergebnisplanung, die Eigenkapitalplanung und die Personalkapazitätsplanung für die einzelnen Geschäftsbereiche sowie für die gesamte Bausparkasse. Der Verwaltungsrat ist vom Vorstand vierteljährlich anhand eines Soll/Ist-Vergleiches über die Einhaltung des Budgets zu unterrichten.

**2. Verwaltungsrat****§ 7****Zusammensetzung des Verwaltungsrates**

(1) Der Verwaltungsrat besteht aus 15 Mitgliedern und setzt sich zusammen aus

- a) der Verbandsvorsteherin oder dem Verbandsvorsteher des Rheinischen Sparkassen- und Giroverbandes,
- b) der oder dem Vorsitzenden des Verbandsvorstands des Westfälisch-Lippischen Sparkassen- und Giroverbandes,
- c) acht weiteren Mitgliedern der am Stammkapital Beteiligten, die von beiden Trägern unter Berücksichtigung der Kapitalanteile entsandt werden, wobei die Mitglieder nach Buchstabe a) und b) nicht anzurechnen sind; hiernach entfallen auf beide Sparkassen- und Giroverbände je 4 Mitglieder,
- d) fünf weiteren Mitgliedern als Vertreter(innen) der Beschäftigten. Für die Wahl sind das Landespersonalvertretungsgesetz vom 3. Dezember 1974 (GV NRW.

S. 1514) und die Wahlordnung zum Landespersonalvertretungsgesetz vom 20. Mai 1986 (GV NRW. S. 485) in der jeweils geltenden Fassung entsprechend anzuwenden.

(2) Die Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß Absatz 1 Buchstaben a) und b) sind befugt, sich im Verwaltungsrat und in seinen Ausschüssen außer im Vorsitz durch eine(n) ständige(n) Vertreter(in) vertreten zu lassen. Sie sind berechtigt, diese(n) Vertreter(in) zu den Sitzungen hinzuzuziehen.

(3) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte eine(n) Vorsitzende(n) und eine(n) stellvertretende(n) Vorsitzende(n).

(4) Zu Mitgliedern des Verwaltungsrates sollen nur Personen berufen werden, die besondere wirtschaftliche Erfahrungen und Sachkunde besitzen und geeignet sind, die Bausparkasse zu fördern. Mitglieder des Aufsichts- oder Verwaltungsrates von Bausparkassen können nur berufen werden, sofern kein Träger widerspricht. Von diesen Bestimmungen sind Mitglieder der Organe von Sparkassen nicht betroffen.

**§ 8****Mitgliedschaft im Verwaltungsrat**

(1) Die Amtszeit der Mitglieder beträgt fünf Jahre. Nach Ablauf der Amtszeit üben sie ihre Tätigkeit bis zum Zusammentritt des neuen Verwaltungsrates weiter aus. Eine wiederholte Bestellung ist zulässig.

(2) Die Mitgliedschaft im Verwaltungsrat erlischt

- a) bei einem Mitglied gemäß § 7 Abs. 1 Buchst. c) mit seiner Abberufung durch den Träger, die jederzeit möglich ist,
- b) bei einem Mitglied gemäß § 7 Abs. 1 Buchst. a) bis c) mit dem Ausscheiden des es entsendenden Trägers aus seiner Trägerschaft; die frei werdenden Sitze entfallen auf den verbleibenden Träger; § 7 Abs. 1 ändert sich entsprechend,
- c) bei einem Mitglied gemäß § 7 Abs. 1 Buchst. d) mit Beendigung seines Arbeitsverhältnisses bei der Bausparkasse. §§ 25 und 26 des Landespersonalvertretungsgesetzes finden im Übrigen entsprechende Anwendung.
- (3) Scheidet ein Mitglied gemäß § 7 Abs. 1 Buchst. c) vor Ablauf seiner Amtszeit aus dem Verwaltungsrat aus, so ist für den Rest der Amtszeit ein neues Mitglied zu entsenden. Die Nachfolge eines vorzeitig ausgeschiedenen Mitgliedes gemäß § 7 Abs. 1 Buchst. d) regelt sich entsprechend § 28 Abs. 2 des Landespersonalvertretungsgesetzes.

**§ 9****Sitzungen des Verwaltungsrates**

(1) Der Verwaltungsrat versammelt sich auf Einladung seines oder seiner Vorsitzenden, so oft es die Lage der Geschäfte erfordert. Er muss einberufen werden auf Verlangen der Aufsichtsbehörde, eines oder einer der stellvertretenden Vorsitzenden, des Vorstandes oder sofern mindestens drei Mitglieder es unter Angabe des Verhandlungsgegenstandes beantragen.

(2) Die Einladung hat schriftlich unter Mitteilung der Tagesordnung zu erfolgen; sie soll den Mitgliedern in der Regel spätestens zwei Wochen vor der Sitzung zugehen. In dringenden Fällen kann die Frist abgekürzt und mündlich oder per Telefax eingeladen werden.

(3) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn der oder die Vorsitzende oder der oder die stellvertretende Vorsitzende sowie mindestens sieben weitere Stimmberechtigte anwesend sind.

(4) Ist der Verwaltungsrat nicht beschlussfähig, so kann binnen zwei Wochen zur Erledigung der gleichen Tagesordnung eine neue Sitzung einberufen werden. Der Verwaltungsrat ist in dieser Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder beschlussfähig. Auf diese Folge ist bei Einberufung der zweiten Sitzung hinzuweisen.

(5) Die Beschlussfassung erfolgt mit der Mehrheit der Stimmen der anwesenden Mitglieder.

(6) Der Vorstand nimmt an den Sitzungen des Verwaltungsrates teil.

(7) Der Verwaltungsrat kann sich eine Geschäftsordnung geben.

(8) Über die Sitzung des Verwaltungsrates ist ein Protokoll zu erstellen.

### § 10

#### Zuständigkeit des Verwaltungsrates

(1) Der Verwaltungsrat überwacht die Geschäftsführung des Vorstands der Bausparkasse.

(2) Der Verwaltungsrat ist insbesondere zuständig für

1. die Vorschläge zur Beschlussfassung der Trägerversammlung,
2. die Bestellung der Vorstandsmitglieder und der stellvertretenden Mitglieder des Vorstandes gem. § 5 Abs. 2 sowie den Widerruf der Bestellung gem. § 5 Abs. 4,
3. die Regelung der Vertragsbedingungen für die Vorstandsmitglieder und ihrer sonstigen Angelegenheiten,
4. die Grundsätze für die Anstellung und die Gewährung von Ruhegehaltsansprüchen der Angestellten,
5. die Richtlinien für die nach der Dienstvereinbarung zu gewährenden Leistungen,
6. die Bezeichnung der Geschäftsarten, die der Zustimmung des Verwaltungsrates bedürfen,
7. die Richtlinien für die Geschäfte der Bausparkasse,
8. die Richtlinien zu Spenden, Sponsoring, Mitgliedschaften sowie anderen Leistungen,
9. den Erlass einer Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat,
10. die Zustimmung zu Organkrediten gem. § 15 KWG, soweit nicht gesetzliche Ausnahmeregelungen gelten,
11. die Erteilung des Prüfungsauftrages für den Jahres- und Konzernabschluss an den von der Trägerversammlung bestellten Abschlussprüfer,
12. sonstige ihm nach Gesetz oder Satzung zugewiesene Aufgaben.

(3) Der Vorstand bedarf der Zustimmung des Verwaltungsrates für

1. die Errichtung von bausparkasseneigenen Neubauten sowie den Erwerb und die Veräußerung von Grundstücken, sofern sie nicht zur Vermeidung von Verlusten freihändig oder im Zwangsversteigerungsverfahren erworben werden oder sofern nicht der Verkehrswert der Grundstücke einen vom Verwaltungsrat festzulegenden Betrag unterschreitet,
  2. den Erwerb und die Veräußerung von Beteiligungen, sofern die Beteiligung nach Maßgabe einer vom Verwaltungsrat zu treffenden Regelung nicht von geringer Bedeutung ist,
  3. die Errichtung und Auflösung von Niederlassungen,
  4. den Erlass einer Geschäftsordnung für den Vorstand.
- (4) Der Verwaltungsrat kann aus seiner Mitte heraus Ausschüsse bilden und diesen bestimmte Aufgaben zur abschließenden Erledigung übertragen.

### § 11

#### Beiräte

(1) Zur sachverständigen Beratung der Bausparkasse bei der Wahrnehmung ihrer Geschäfte können Beiräte gebildet werden. Die Mitglieder der Beiräte werden vom Verwaltungsrat bestellt und abberufen.

(2) Der Verwaltungsrat bestimmt aus seiner Mitte den oder die Vorsitzende(n) und den oder die stellvertretende(n) Vorsitzende(n) der Beiräte. Der Verwaltungsrat kann für die Beiräte Geschäftsordnungen erlassen.

(3) Die Beiräte sind mindestens einmal im Jahr von dem oder der Vorsitzenden einzuberufen.

### 3. Trägerversammlung

#### § 12

#### Zusammensetzung und Beschlüsse der Trägerversammlung

(1) Die Trägerversammlung setzt sich zusammen aus

- a) der Verbandsvorsteherin oder dem Verbandsvorsteher des Rheinischen Sparkassen- und Giroverbandes,
- b) der oder dem Vorsitzenden des Verbandsvorstands des Westfälisch-Lippischen Sparkassen- und Giroverbandes,
- c) 16 weiteren Mitgliedern der am Stammkapital Beteiligten, die von den Trägern unter Berücksichtigung der Kapitalanteile entsandt werden, wobei die Mitglieder nach Buchstabe a) und b) nicht anzurechnen sind; hiernach entfallen auf beide Sparkassen- und Giroverbände je 8 Mitglieder.

(2) Die Mitglieder der Trägerversammlung gemäß Absatz 1 Buchstabe a) und b) sind befugt, sich in der Trägerversammlung außer im Vorsitz durch eine ständige Vertreterin oder einen ständigen Vertreter vertreten zu lassen. Sie sind berechtigt, diese Vertreterin oder diesen Vertreter zu den Sitzungen hinzuzuziehen.

(3) Das Stimmrecht in der Trägerversammlung bestimmt sich nach den Anteilen am Stammkapital.

(4) Das auf die einzelnen Träger entfallende Stimmrecht wird einheitlich durch jeweils eine(n) ihrer Vertreter(innen) ausgeübt.

(5) Die Beschlussfassung in der Trägerversammlung erfolgt mit der Mehrheit der Stimmrechte.

(6) Beschlüsse über den Erlass oder die Änderung der Satzung und die Auflösung der Bausparkasse bedürfen der Einstimmigkeit. Beschlüsse über Eigenmittellmaßnahmen der Bausparkasse bedürfen einer Mehrheit von 80% der Stimmrechte.

(7) Scheidet ein Träger aus seiner Trägerschaft aus, so erlischt mit dem Zeitpunkt des Ausscheidens die Mitgliedschaft und sein Entsendungsrecht gemäß Absatz 1. Die ihm bislang zustehenden Sitze wachsen dem verbleibenden Träger zu. Absatz 1 ändert sich entsprechend.

(8) Über die Sitzung der Trägerversammlung ist ein Protokoll zu erstellen.

### § 13

#### Sitzungen der Trägerversammlung

(1) Die Trägerversammlung ist von dem oder der Vorsitzenden des Verwaltungsrates schriftlich einzuberufen, wenn es einer der Träger, der Verwaltungsrat oder der Vorstand unter Angabe der Verhandlungsgegenstände beantragt. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates leitet die Trägerversammlung, im Verhinderungsfall sein(e) Stellvertreter(in).

(2) Die Trägerversammlung soll unter Angabe der Verhandlungsgegenstände mit einer Frist von sechs Wochen einberufen werden. In dringenden Fällen kann die Frist abgekürzt und mündlich oder per Telefax eingeladen werden. Die Einberufung wird gleichzeitig dem Vorstand bekannt gegeben.

(3) Der Vorstand der Bausparkasse nimmt an den Sitzungen der Trägerversammlung teil.

(4) Die Trägerversammlung kann sich eine Geschäftsordnung geben.

### § 14

#### Aufgaben der Trägerversammlung

Die Trägerversammlung beschließt über

1. die Änderung der Satzung sowie die Auflösung der Bausparkasse,
2. Eigenmittellmaßnahmen der Bausparkasse,

3. die Feststellung des Jahresabschlusses, die Verwendung des Bilanzgewinns und die Deckung eines Bilanzverlustes,
4. die Entlastung der Mitglieder des Verwaltungsrates und des Vorstandes,
5. die Bestellung der Abschlussprüfer sowie – soweit gesetzlich vorgeschrieben – des Prüfers für die Prüfung der Meldepflichten und Verhaltensregeln nach den Vorschriften des Wertpapierhandelsgesetzes,
6. die Bestellung von Prüfern in besonderen Fällen,
7. die Festsetzung der Vergütung für die Mitglieder der Trägerversammlung, für die Mitglieder des Verwaltungsrates und seiner Ausschüsse sowie für die Mitglieder der Beiräte.

### **C. Jahresabschluss, Geschäftsbericht, Gewinnverteilung**

#### **§ 15**

#### **Jahresabschluss und Geschäftsbericht**

- (1) Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.
- (2) Die Aufstellung, Prüfung und Offenlegung des Jahresabschlusses, Lageberichts, des Konzernabschlusses und Konzernlageberichts richten sich nach den geltenden Vorschriften.
- (3) Die Bausparkasse stellt jährlich einen Geschäftsbericht auf.

### **D. Sonstiges**

#### **§ 16**

#### **Verschmelzung**

- (1) Die Bausparkasse kann nach Maßgabe des Gesetzes über die LBS Westdeutsche Landesbausparkasse und den Regelungen dieser Satzung als übernehmender Rechtsträger mit einer anderen juristischen Person des öffentlichen Rechts oder des Privatrechts als übertragender Rechtsträger einen Verschmelzungsvertrag (Vertrag) schließen, durch den der übertragende Rechtsträger sein Vermögen als Ganzes unter Auflösung ohne Abwicklung und unter Eintritt von Gesamtrechtsnachfolge auf die Bausparkasse überträgt.
- (2) Der Abschluss des Vertrages bedarf der Zustimmung der Träger und der Anteilshaber der an der Verschmelzung beteiligten Rechtsträger sowie der Genehmigung der Aufsichtsbehörde; befinden sich sämtliche Anteile des übertragenden Rechtsträgers in der Hand der Bausparkasse, ist eine Zustimmung des Anteilshabers des übertragenden Rechtsträgers nicht erforderlich. Der Vertrag, die Zustimmung nach Satz 1 sowie weitere zur Durchführung der Verschmelzung erforderliche Vereinbarungen, Erklärungen oder Beschlüsse bedürfen keiner notariellen Beurkundung; gesetzlich zwingende Formvorschriften bleiben unberührt. Die Zustimmung nach Satz 1 kann auch zu einem Entwurf des Vertrages erteilt werden; in diesem Falle sind lediglich unwesentliche Änderungen des Vertrages vor seinem Abschluss zulässig. Die Zustimmung der Träger der Bausparkasse zu dem Abschluss oder der Änderung des Vertrages oder des Entwurfes kann durch einen im Umlaufverfahren gefassten Beschluss erteilt werden.
- (3) Verschmelzungen werden mit Ablauf des Tages der Bekanntmachung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen wirksam, wenn nicht die Parteien im Vertrag einen anderen Zeitpunkt vereinbaren. Mit Wirksamwerden der Verschmelzung geht das Vermögen des übertragenden Rechtsträgers einschließlich der Verbindlichkeiten auf die Bausparkasse über und der übertragende Rechtsträger erlischt; einer besonderen Löschung bedarf es nicht. Mängel der Verschmelzung lassen die Wirkung der Bekanntmachung nach Satz 1 unberührt.
- (4) Für Verschmelzungen sind eine Schlussbilanz, die Erstellung eines Verschmelzungsberichts und eine Prüfung der Verschmelzung nur erforderlich, soweit die Parteien dies in dem Vertrag vereinbaren. Auch im Falle einer Vereinbarung ist die Vorlage einer Schlussbilanz,

eines Verschmelzungsberichts oder eines Prüfungsberichts keine Voraussetzung für die Genehmigung des Vertrags durch die Aufsichtsbehörde; steuerrechtliche Anforderungen bleiben unberührt.

(5) Der Vertrag wird zwischen dem übertragenden Rechtsträger und der Bausparkasse als übernehmenden Rechtsträger geschlossen. Sofern an die oder einen der unmittelbaren oder mittelbaren Anteilshaber des übertragenden Rechtsträgers eine Gegenleistung gewährt wird, sind auch diese Parteien des Vertrages und an der Verschmelzung beteiligte Rechtsträger. Der Vertrag enthält insbesondere Angaben über

1. den Namen oder die Firma und den Sitz der an der Verschmelzung beteiligten Rechtsträger;
2. die Vereinbarung über die Übertragung des Vermögens des übertragenden Rechtsträgers als Ganzes an die Bausparkasse;
3. die Gegenleistung, sofern die an der Verschmelzung beteiligten Rechtsträger eine solche nicht abbedungen haben;
4. die der Verschmelzung zugrunde zu legende Bilanz, sofern deren Erfordernis gem. Absatz 4 Satz 1 vereinbart wird;
5. den Zeitpunkt gem. Absatz 3, zu dem das Vermögen des übertragenden Rechtsträgers auf die Bausparkasse übergeht;
6. den Zeitpunkt, von dem an die Handlungen des übertragenden Rechtsträgers als für Rechnung der Bausparkasse vorgenommen gelten, sofern dieser von dem Zeitpunkt nach Nr. 5 abweicht;
7. eine Prüfung der Verschmelzung und die Erstellung eines Verschmelzungsberichts, sofern deren Erfordernis gem. Absatz 4 Satz 1 vereinbart wird.

Der Vertrag kann unter die Bedingung der vorherigen Übertragung von Anteilen oder unter andere aufschiebende oder auflösende Bedingungen gestellt werden.

(6) Spätestens vier Wochen vor der Zustimmung der Träger und der Anteilshaber der an der Verschmelzung beteiligten Rechtsträger zu dem Vertrag oder dem Entwurf ist dem Personalrat der Bausparkasse und dem zuständigen Betriebsrat oder Personalrat des übertragenden Rechtsträgers der Vertrag oder sein Entwurf zuzuleiten.

(7) Die Bekanntmachung der Verschmelzung im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen muss neben der Zustimmung insbesondere enthalten:

1. die Bezeichnung der an der Verschmelzung beteiligten Rechtsträger sowie des hiervon erfassten Vermögens;
2. den Zeitpunkt nach Absatz 5 Nr. 5 und 6.

(8) Die Verschmelzung soll in den Handelsregistern der beteiligten Rechtsträger eingetragen werden. Das Wirksamwerden der Verschmelzung richtet sich ausschließlich nach den Bestimmungen des Gesetzes über die LBS Westdeutsche Landesbausparkasse und dieser Satzung und den darauf beruhenden vertraglichen Regelungen. Die Eintragung im Handelsregister ist keine Voraussetzung für das Wirksamwerden der Verschmelzung.

(9) Soweit in den Absätzen 1-8 nichts Gegenteiliges bestimmt ist, finden die Vorschriften des Zweiten Buches des Umwandlungsgesetzes auf Verschmelzungen nach dem Gesetz über die LBS Westdeutsche Landesbausparkasse i. V. m. der Satzung der Bausparkasse keine Anwendung. Der Eintritt der Gesamtrechtsnachfolge nach den Bestimmungen des Gesetzes über die LBS Westdeutsche Landesbausparkasse und nach Abs. 1 bleiben unberührt.

#### **§ 17**

#### **Auflösung der Bausparkasse**

Im Falle der Auflösung der Bausparkasse ist die Liquidation einzuleiten. Das nach beendeter Liquidation verbleibende Vermögen fällt den Trägern nach der Höhe ihrer Anteile am Stammkapital zu.

**§ 18****Aufsichtsbehörde**

Die Aufsicht bestimmt sich nach den für die Bausparkasse geltenden Vorschriften, insbesondere nach dem Gesetz über die LBS Westdeutsche Landesbausparkasse.

**§ 19****Bekanntmachungen**

Soweit nach den gesetzlichen Vorschriften, den Bestimmungen dieser Satzung oder der Anordnung der Trägerversammlung öffentliche Bekanntmachungen zu erfolgen haben, genügt die Bekanntmachung im Bundesanzeiger. §§ 2 Abs. 2 und 7 Abs. 3 Satz 2 des Gesetzes über die LBS Westdeutsche Landesbausparkasse sowie § 16 Abs. 3 Satz 1 bleiben unberührt.

**§ 20****Inkrafttreten**

Diese Satzung tritt mit Wirkung vom 12. Juli 2014 in Kraft.

– MBl. NRW. 2014 S. 416

**5.2.2**

Bei Schulungen nach Nummer 2.2 bis zu einem Höchstbetrag von 30 Euro pro Teilnehmer und Tag der nachgewiesenen zuwendungsfähigen Ausgaben (Nummer 2.1.2 gilt sinngemäß), bei den übrigen Maßnahmen nach Nummer 2.2 Vollfinanzierung der nachgewiesenen zuwendungsfähigen Ausgaben.

**5.2.3**

Bei Nummer 2.3 und 2.4 Anteilfinanzierung bis zu 90 Prozent der nachgewiesenen zuwendungsfähigen Ausgaben.“

6. In Nummer 7.2.3 wird die Angabe „Nr. 2.1.1 und 2.1.3“ durch die Angabe „Nummer 2.1.2 und 2.1.4“, die Angabe „Nr.“ durch das Wort „Nummer“ und die Angabe „Nr. 4.1 VVG zu § 44 LHO“ durch die Angabe „Nummer 4.1 der Verwaltungsvorschriften für Zuwendungen an Gemeinden zu § 44 Landeshaushaltsordnung“ ersetzt.
7. In Nummer 7.4 wird die Angabe „Nr. 10.3 VVG zu § 44 LHO“ durch die Angabe „Nummer 10.3 der Verwaltungsvorschriften für Zuwendungen an Gemeinden zu § 44 Landeshaushaltsordnung“ und die Angabe „2.1.1 und 2.1.3“ durch die Angabe „2.1.2 und 2.1.4“ ersetzt.
8. In Nummer 8 wird die Angabe „31.8.2014“ durch die Angabe „31.8.2016“ ersetzt.

Dieser RdErl. tritt am 31. August 2014 in Kraft.

– MBl. NRW. 2014 S. 420

**7824**

**Richtlinien  
über die Gewährung von Zuwendungen  
zur Förderung von Maßnahmen  
zur Verbesserung der Erzeugungs- und  
Vermarktungsbedingungen  
für Bienenzuchterzeugnisse**

RdErl. d. Ministeriums für Klimaschutz, Umwelt,  
Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz  
– II A 2 – 2406.12 –  
v. 25.7.2014

Der RdErl. des Ministeriums für Klimaschutz, Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz v. 9.2.2005 (MBl. NRW. S. 293/SMBL. NRW. 7824) wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 1 wird die Angabe „(EG) Nr. 1234/2004 (ABl. L 299 vom 16.11.2007, S. 1) des Rates“ durch die Angabe „(EU) Nr. 1308/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 17. Dezember 2013 (ABl. L 347 vom 20.12.2013, S. 671)“ ersetzt.
2. Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2.1 eingefügt:  
„2.1  
Technische Hilfe für Imker und Imkervereinigungen  
Zuwendungsfähig sind Ausgaben für:“
3. Die bisherige Nummer 2.1 wird Nummer 2.1.1 und wie folgt geändert:  
Die Wörter „Zuwendungsfähig sind Ausgaben für:“ werden gestrichen.
4. Die bisherigen Nummern 2.1.1 bis 2.1.4 werden die Nummern 2.1.2 bis 2.1.5.
5. Die Nummern 5.2.1 bis 5.2.3 werden wie folgt gefasst:  
„5.2.1

Bei Schulungen nach Nummer 2.1.2 und 2.1.4 bis zu einem Höchstbetrag von 30 Euro pro Teilnehmer und Tag der nachgewiesenen zuwendungsfähigen Ausgaben und für Beschaffungen gemäß Nummern 2.1.3, 2.1.4 und 2.1.5 bis zu 90 Prozent der nachgewiesenen zuwendungsfähigen Ausgaben.

Bei Schulungen von Schulungsbeauftragten für verschiedene Fachbereiche (beispielsweise Obleute, Honigprüfer, Imkerpaten) sind die tatsächlich nachgewiesenen Ausgaben zu 100 Prozent förderfähig.

**8051**

**Durchführung von ärztlichen Untersuchungen  
nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz  
Ausgabe der Untersuchungsberechtigungsscheine  
und Erhebungsbogen, Abrechnungsverfahren**

Gem. RdErl. d. Ministeriums für Arbeit, Integration und Soziales – III 2 – 8352 –,  
d. Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter – 231 – 0826.01.12 –  
u. d. Ministeriums für Inneres und Kommunales  
– 71-38.05.03/02 –  
v. 24.7.2014

Der Gem. RdErl. d. Ministeriums für Wirtschaft und Arbeit, des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie und des Innenministeriums v. 10.7.2003 (SMBL. NRW. 8051), zuletzt geändert am 18.1.2006 (SMBL. NRW. 8051), wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 1 Satz 2 werden die Wörter „5.2 von Teil III der Anlage“ durch die Wörter „5.2.1 der Anlage 2“ ersetzt sowie die Wörter „25. Januar 2000 (GV. NRW. S. 54/SGV. NRW. 281)“ durch die Wörter „27. Dezember 2012 (GV. NRW. S. 621/SGV. NRW. 281)“.
2. In Nummer 1 Buchstabe d) werden die Wörter „der Staatlichen Ämter für Arbeitsschutz bzw. Bergämter“ durch die Wörter „der Bezirksregierungen“ ersetzt.
3. In Nummer 1 letzter Satz vor dem zweiten Buchstaben a) werden die Wörter „unter Nummer 1.3 genannten“ durch das Wort „vorgenannten“ ersetzt.
4. In Nummer 1 viertletzter Satz wird die Angabe in der Klammer „Nr. 9“ durch „Nr. 8“ ersetzt.
5. Nummer 2 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 1 werden in der Klammer die Wörter „5.2 von Teil III der Anlage“ durch die Wörter „5.2.1 der Anlage 2“ ersetzt.
  - b) Satz 2 wird gestrichen.
6. In Nummer 3.1 Satz 2 wird nach dem Wort „seine“ das Wort „ihre“ eingefügt.

7. In Nummer 3.2 wird das Wort „Durchführung“ durch das Wort „Ausführung“ ersetzt.
8. In Nummer 3.4 werden die Wörter „Der Arzt, Zahnarzt“ durch die Wörter „Der Arzt/die Ärztin, der Zahnarzt/die Zahnärztin“ ersetzt.
9. In Nummer 3.5.2 Satz 1 werden nach den Wörtern „den Arzt“ die Wörter „/die Ärztin“ eingefügt.
10. In Nummer 3.5.3 Satz 1 werden nach den Wörtern „eines Arztes“ die Wörter „/einer Ärztin“ eingefügt.
11. Nummer 3.6 Buchstabe b) wird wie folgt neu gefasst:  
„b) Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG-NT Band I), Tarif-Nr. 1-6.018, Spalten 6 und 7.“
12. In Nummer 3.7 werden die Sätze 4 und 5 gestrichen.
13. Nummer 4.2 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 1 werden die Wörter „bei Kapitel 15 110 Titel 526 20“ durch die Wörter „bei der Haushaltsstelle, bei der ihnen entsprechende Mittel zugewiesen wurden“ ersetzt.
  - b) Satz 3 wird gestrichen.
14. Nummer 4.3 wird gestrichen.
15. Nummer 4.4 wird Nummer 4.3.
16. In der neuen Nummer 4.3 werden in Satz 2 und Satz 3 die Wörter „bei Kapitel 15 110 Titel 526 20“ gestrichen.
17. Nummer 4.5 wird Nummer 4.4.
18. In Nummer 5 Buchstabe B. 5. werden die Wörter „Staatlichen Ämter für Arbeitsschutz“ durch das Wort „Bezirksregierungen“ ersetzt.
19. Nummer 6 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 1 wird die Ziffer „1.1“ durch die Ziffer „1“ ersetzt.
  - b) Satz 5 wird gestrichen.
20. In Nummer 7 wird folgender Satz 2 angefügt:  
„Dieser Runderlass tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2019 außer Kraft.“
21. Die Anlagen 1-7 werden durch die folgenden Anlagen 1-7 ersetzt.

## 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.

## Anlage 1

- 2 -

|                                                                  | 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: _____<br>wann: _____ |
| noch Beschwerden                                                 | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | welche: _____                |
| 2.4 Unfälle                                                      | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | welche: _____<br>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"/> | <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 Personensorgeberechtigten 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 Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)                     |
| Berufliche Tätigkeit:<br><br>mit Ausbildung <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span> |
| Name und Anschrift des Arbeitgebers                                                                                                      |
| Bisherige Untersuchungen nach dem JArbSchG (Jahr und Monat)**                                                                            |
| Name und Anschrift des Arztes**                                                                                                          |

|                                                                                           | nein<br><input type="checkbox"/> | ja<br><input type="checkbox"/> |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <b>1 Vorgeschichte des Jugendlichen (seit der letzten Untersuchung nach dem JArbSchG)</b> |                                  |                                |                              |
| 1.1 Krankheiten/Behinderungen                                                             | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | welche: _____                |
| Operationen                                                                               | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | welche: _____<br>wann: _____ |
| noch Beschwerden                                                                          | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | welche: _____                |
| Unfälle                                                                                   | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | welche: _____<br>wann: _____ |
| noch Beschwerden/Folgen                                                                   | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>       | welche: _____                |
| Arbeitsunfähigkeit insgesamt                                                              |                                  | <input type="checkbox"/>       |                              |
|                                                                                           | 1 – 6 Tage                       | <input type="checkbox"/>       |                              |
|                                                                                           | 7 – 14 Tage                      | <input type="checkbox"/>       |                              |
|                                                                                           | mehr als 14 Tage                 | <input type="checkbox"/>       |                              |
| <b>1.2 Häufige Beschwerden</b>                                                            |                                  |                                |                              |
| 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"/>       |                              |

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

\*\* Aus der „Ärztlichen Mitteilung“ zu entnehmen

**Anlage 1a**

(Farbe: rot)

- 2 -

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

nein unbekannt ja

Kopfschmerz

Übelkeit/Erbrechen

Schlafstörungen

Allergische Reaktionen

Hautausschläge

sonstige

welche: \_\_\_\_\_

bei weiblichen Jugendlichen:

Zyklusstörungen, erhebliche  
Menstruationsbeschwerden

1.3 Zur Zeit sonstige Beschwerden

1.4 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung

1.5 Regelmäßige Medikamenteneinnahme

1.6 Regelmäßig sportliche Betätigung

welche: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

welche: \_\_\_\_\_

Sportart: \_\_\_\_\_

nein gelegentlich täglich

1.7 Alkoholkonsum

1.8 Rauchen

**2 Arbeitsvorgeschichte**

2.1 Weg zur Arbeitsstätte und zurück

Dauer  
(Stunden)☐

unter 1

☐

1 - 2

☐

2 - 3

☐

über 3

☐

zu Fuß

☐

Fahrrad

☐öffentliche  
Verkehrsmittel☐Fahrge-  
meinschaft☐Motor-  
fahrzeug

2.2 Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit)

Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit)

Wechselschicht

2.3 Welche beruflichen Arbeiten wurden bisher überwiegend ausgeführt?

2.4 Sind seit Arbeitsaufnahme gesundheitliche Beschwerden aufgetreten?

☐☐

welche: \_\_\_\_\_

2.5 Werden die Beschwerden mit der ausgeübten Tätigkeit in Verbindung gebracht?

☐☐

2.6 Ist ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen worden?

☐☐

weshalb: \_\_\_\_\_

2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/Untersuchung erfolgt?

☐☐

2.8 Erfolgt arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?

☐☐☐

(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

☐ ☐

Alter des Jugendlichen (Jahre)

männlich

☐

weiblich

☐

Die Anamnese ist vom untersuchenden Arzt zu erheben!

## 1 Familienvorgeschichte

auffällig

☐ ☐

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

Allergie

☐ ☐ ☐

Asthma

☐ ☐ ☐

Hautkrankheiten

☐ ☐ ☐

Zuckerkrankheit

☐ ☐ ☐

Bluthochdruck

☐ ☐ ☐

Herz-Kreislauf-Krankheiten

☐ ☐ ☐

Anfallsleiden

☐ ☐ ☐

andere Krankheiten

☐ ☐ ☐

welche: \_\_\_\_\_

## 2 Krankheitsvorgeschichte des Jugendlichen

auffällig

☐ ☐

## 2.1 Krankheiten/Behinderungen

Erläuterungen (Häufigkeit; Zeitpunkt; Diagnosen)

Rheumatisches Fieber

☐ ☐ ☐

wiederholt Mandelentzündungen

☐ ☐ ☐

wiederholt Bronchitis

☐ ☐ ☐

Allergien

☐ ☐ ☐

Asthma

☐ ☐ ☐

– 2 –

Anlage 2

|                                                                  | 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: _____                                    |
| <b>2.2</b> angeborene Schäden/Behinderungen                      | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | welche: _____                                    |
| <b>2.3</b> Operationen                                           | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | welche: _____<br>wann: _____                     |
| noch Beschwerden                                                 | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | welche: _____                                    |
| <b>2.4</b> Unfälle                                               | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | welche: _____<br>wann: _____                     |
| noch Beschwerden/Folgen                                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | welche: _____                                    |
| <b>2.5</b> 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: _____                                    |
| <b>bei weiblichen Jugendlichen:</b>                              |                          |                          |                          |                                                  |
| Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden             | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |                                                  |
| <b>2.6</b> Zur Zeit sonstige Beschwerden                         | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | welche: _____                                    |
| <b>2.7</b> Zur Zeit in ärztlicher Behandlung                     | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | Grund: _____                                     |
| <b>2.8</b> Zur Zeit eingenommene Medikamente                     | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | welche: _____                                    |
| <b>nein gelegentlich täglich</b>                                 |                          |                          |                          |                                                  |
| <b>2.9</b> Alkoholkonsum                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                  |
| <b>2.10</b> Rauchen                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                  |
| <b>2.11</b> Drogen                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____                                    |
| <b>nein ja</b>                                                   |                          |                          |                          |                                                  |
| <b>2.12</b> Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport             | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |                                                  |
| Andere regelmäßige sportliche Betätigung                         | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | Sportart: _____                                  |

– 3 –  
Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Name, Vorname des Jugendlichen

Tag der Untersuchung \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

| Nr.                                                                                                       | Befund                                                                                                                                                                                                                                 | Erläuterungen                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>3 Untersuchungen</b>                                                                                   | <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 (teillbekleidet) (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-<br>entsprechend <input type="checkbox"/> deutlich<br>verfrüht <input type="checkbox"/> deutlich<br>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<br>eingeschränkt <input type="checkbox"/> links<br>eingeschränkt                                                                                                  |                                     |
| Sehhilfe vorhanden                                                                                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                              |                                     |
| mit Sehhilfe                                                                                              | <input type="checkbox"/> ausreichend<br>korrigiert <input type="checkbox"/> rechts<br>eingeschränkt <input type="checkbox"/> links<br>eingeschränkt                                                                                    |                                     |
| 3.7 <input type="checkbox"/> Fernvisus                                                                    | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rechts<br>eingeschränkt <input type="checkbox"/> links<br>eingeschränkt                                                                                                  |                                     |
| Sehhilfe vorhanden                                                                                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                              |                                     |
| mit Sehhilfe                                                                                              | <input type="checkbox"/> ausreichend<br>korrigiert <input type="checkbox"/> rechts<br>eingeschränkt <input type="checkbox"/> links<br>eingeschränkt                                                                                    |                                     |
| 3.8 <input type="checkbox"/> Farbtüchtigkeit<br>(pseudoisochromatische<br>Farbentafeln oder<br>Testgerät) | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rot/grün<br>gestört <input type="checkbox"/> andere<br>Störung                                                                                                           | _____                               |
| 3.9 <input type="checkbox"/> Hörvermögen                                                                  | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rechts<br>eingeschränkt <input type="checkbox"/> links<br>eingeschränkt                                                                                                  |                                     |
| 3.10 <input type="checkbox"/> Nasenatmung                                                                 | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> behindert <input type="checkbox"/> Septum-<br>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                                                                                                                                                                | _____                               |

- 4 -

Anlage 2

Zutreffendes bitte ☐ ankreuzen

| Nr.                                                                                                                                                                                                                                         | Befund                                                                                 | Erläuterungen |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <small>Kästchen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund des nebenstehenden Befundes die Ausübung bestimmter Arbeiten für gesundheitlich gefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4: – Beurteilung – Ziffer 4.1.–4.10).</small> |                                                                                        |               |
| 3.14 ☐ Lungen                                                                                                                                                                                                                               | ☐ unauffällig    ☐ Nebengeräusche    ☐ sonstiges                                       | _____         |
| 3.15 ☐ Herz-Kreislauf                                                                                                                                                                                                                       | ☐ unauffällig    ☐ Rhythmusstörungen    ☐ path. Geräusch    ☐ sonstiges                | _____         |
|                                                                                                                                                                                                                                             | Puls im Sitzen (n/min)                                                                 | _____         |
|                                                                                                                                                                                                                                             | Blutdruck im Sitzen (systolisch) (mmHg)                                                | _____         |
|                                                                                                                                                                                                                                             | Blutdruck im Sitzen (diastolisch) (mmHg)                                               | _____         |
| 3.16 ☐ Periphere Durchblutung                                                                                                                                                                                                               | ☐ unauffällig    ☐ gestört    ☐ Krampfadern                                            | _____         |
| 3.17 ☐ Abdomen                                                                                                                                                                                                                              | ☐ unauffällig    ☐ Druckschmerz    ☐ Bruch/-anlage    ☐ path. Resistenz    ☐ sonstiges | _____         |
| 3.18 ☐ Leber                                                                                                                                                                                                                                | ☐ unauffällig    ☐ vergrößert    ☐ Druckschmerz                                        | _____         |
| 3.19 ☐ Urogenitalorgane                                                                                                                                                                                                                     | ☐ unauffällig    ☐ Nierenlager klopfempfindlich    ☐ sonstiges                         | _____         |
| 3.20 ☐ Wirbelsäule                                                                                                                                                                                                                          | ☐ unauffällig    ☐ deformiert    ☐ schmerzhaft    ☐ Bewegungseinschränkung             | _____         |
| 3.21 ☐ Obere Gliedmaßen                                                                                                                                                                                                                     | ☐ unauffällig    ☐ verändert    ☐ Bewegungseinschränkung                               | _____         |
| 3.22 ☐ Grobe Kraft                                                                                                                                                                                                                          | ☐ unauffällig    ☐ beeinträchtigt                                                      | _____         |
| 3.23 ☐ Untere Gliedmaßen                                                                                                                                                                                                                    | ☐ unauffällig    ☐ verändert    ☐ Bewegungseinschränkung                               | _____         |
| 3.24 ☐ Peripheres und zentrales Nervensystem                                                                                                                                                                                                | ☐ unauffällig    ☐ auffällig    ☐ motorische Störung    ☐ sensible Störung             | _____         |
| 3.25 ☐ Gleichgewichtssinn (Romberg)                                                                                                                                                                                                         | ☐ unauffällig    ☐ auffällig                                                           | _____         |
| 3.26 ☐ Psyche                                                                                                                                                                                                                               | ☐ unauffällig    ☐ grobe Auffälligkeit                                                 | _____         |
| 3.27 ☐ Urin (Teststreifen)                                                                                                                                                                                                                  | ☐ unauffällig    ☐ E pos    ☐ Z pos    ☐ Ery. pos    ☐ UBG vermehrt                    | _____         |
| 3.28 ☐ 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

☐

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                                               |                          |                          |
|                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                     | vorübergehend            | dauernd gefährden.       |
| <b>4.1 Arbeiten überwiegend im</b>                                                                  |                          |                          |
| — 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"/> |
| <b>4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider</b>                                        |                          |                          |
| — Hände                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — Arme                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — Beine                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| erfordern.                                                                                          |                          |                          |
| <b>4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr</b>                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

– 6 –

Anlage 2

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

☐ NormbefundEine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 ArbSchG 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 2a  
(Farbe: rot)**Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt**

Stempel des Arztes

Tag der Untersuchung

**Untersuchungsbogen**Zutreffendes 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 Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)

Berufliche Tätigkeit:

mit Ausbildung

nein ☐ja ☐

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Bisherige Untersuchungen nach dem JArbSchG (Jahr und Monat)\*

Name und Anschrift des Arztes\*

nein

ja

Erhebungsbogen liegt vor

☐☐

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

- 2 -

Anlage 2a

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

| nein                     | unbekannt                | ja                       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**1.2 Häufige Beschwerden:**

Husten/Auswurf

☐☐

Atemnot

☐☐

Schwindel

☐☐

Ohnmacht

☐☐

Kopfschmerz

☐☐

Übelkeit/Erbrechen

☐☐

Schlafstörungen

☐☐

Allergische Reaktionen

☐☐

Hautausschläge

☐☐

sonstige

☐☐

welche: \_\_\_\_\_

bei weiblichen Jugendlichen:  
Zyklusstörungen, erhebliche -  
Menstruationsbeschwerden☐☐**1.3 Zur Zeit sonstige Beschwerden**☐☐

welche: \_\_\_\_\_

**1.4 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung**☐☐

Grund: \_\_\_\_\_

**1.5 Regelmäßige Medikamenteneinnahme**☐☐

welche: \_\_\_\_\_

**1.6 Regelmäßige sportliche Betätigung**☐☐

Sportart: \_\_\_\_\_

nein gelegentlich täglich

**1.7 Alkoholkonsum**☐☐☐**1.8 Rauchen**☐☐☐**1.9 Drogen**☐☐☐

welche: \_\_\_\_\_

**2 Arbeitsvorgeschichte****2.1 Weg zur Arbeitsstätte und zurück**

Dauer

☐☐☐☐

(Stunden)

unter 1

1-2

2-3

über 3

☐☐☐☐☐

zu Fuß

Fahrrad

öffentliche  
VerkehrsmittelFahrgemein-  
schaftMotor-  
fahrzeug**2.2 Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit)**

Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit)

Wechselschicht

☐☐**2.3 Welche beruflichen Arbeiten wurden bisher überwiegend ausgeführt?****2.4 Sind seit Arbeitsaufnahme  
gesundheitliche Beschwerden aufgetreten?**☐☐

welche: \_\_\_\_\_

**2.5 Werden die Beschwerden mit der ausgeübten  
Tätigkeit in Verbindung gebracht?**☐☐**2.6 Ist ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis aus ge-  
sundheitl. Gründen abgebrochen worden?**☐☐

weshalb: \_\_\_\_\_

**2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/  
Untersuchung erfolgt?**☐☐**2.8 Erfolgt arbeitsmedizinische  
Vorsorgeuntersuchungen?**☐☐☐

– 3 –  
Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Name, Vorname des Jugendlichen

Tag der Untersuchung \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

| Nr.                                                                                                       | Befund                                                                                                                                                                                                                                | Erläuterungen                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>3 Untersuchungen</b>                                                                                   | <small>Kästchen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund des naheliegenden Befundes die Ausübung bestimmter Arbeiten für gesundheitsgefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4: – Beurteilung – Ziffer 4.1–4.16).</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"/> alters-<br>entsprechend <input type="checkbox"/> deutlich<br>verfrüht <input type="checkbox"/> deutlich<br>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<br>eingeschränkt <input type="checkbox"/> links<br>eingeschränkt                                                                                                 |                                    |
| Sehhilfe vorhanden                                                                                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                             |                                    |
| mit Sehhilfe                                                                                              | <input type="checkbox"/> ausreichend<br>korrigiert <input type="checkbox"/> rechts<br>eingeschränkt <input type="checkbox"/> links<br>eingeschränkt                                                                                   |                                    |
| 3.7 <input type="checkbox"/> Fernvisus                                                                    | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rechts<br>eingeschränkt <input type="checkbox"/> links<br>eingeschränkt                                                                                                 |                                    |
| Sehhilfe vorhanden                                                                                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                             |                                    |
| mit Sehhilfe                                                                                              | <input type="checkbox"/> ausreichend<br>korrigiert <input type="checkbox"/> rechts<br>eingeschränkt <input type="checkbox"/> links<br>eingeschränkt                                                                                   |                                    |
| 3.8 <input type="checkbox"/> Farbtüchtigkeit<br>(pseudoisochromatische<br>Farbentafeln oder<br>Testgerät) | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rot/grün<br>gestört <input type="checkbox"/> andere<br>Störung                                                                                                          | _____                              |
| 3.9 <input type="checkbox"/> Hörvermögen                                                                  | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rechts<br>eingeschränkt <input type="checkbox"/> links<br>eingeschränkt                                                                                                 |                                    |
| 3.10 <input type="checkbox"/> Nasenatmung                                                                 | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> behindert <input type="checkbox"/> Septum-<br>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                                                                                                                                                               | _____                              |

- 4 -

Anlage 2a

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

| Nr.                                                                                                                                                                                                                             | Befund                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Erläuterungen |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <p>Klatschen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund des obenstehenden Befundes die Ausübung bestimmter Arbeiten für gesundheitsgefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4: – Beurteilung – Ziffer 4.1.–4.10).</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |
| 3.14                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Lungen<br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> Nebengeräusche<br><input type="checkbox"/> sonstiges                                                                                                                                                                                              |               |
| 3.15                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf<br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen<br><input type="checkbox"/> path. Geräusch<br><input type="checkbox"/> sonstiges<br><br>Puls im Sitzen (n/min) _____<br>Blutdruck im Sitzen (systolisch) (mmHg) _____<br>Blutdruck im Sitzen (diastolisch) (mmHg) _____ |               |
| 3.16                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Periphere Durchblutung<br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> gestört<br><input type="checkbox"/> Krampfader                                                                                                                                                                                    |               |
| 3.17                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Abdomen<br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> Druckschmerz<br><input type="checkbox"/> Bruch/-anlage<br><input type="checkbox"/> path. Resistenz<br><input type="checkbox"/> sonstiges                                                                                                         |               |
| 3.18                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Leber<br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> vergrößert<br><input type="checkbox"/> Druckschmerz                                                                                                                                                                                                |               |
| 3.19                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane<br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> Nierenlager klopfempfindlich<br><input type="checkbox"/> sonstiges                                                                                                                                                                      |               |
| 3.20                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule<br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> deformiert<br><input type="checkbox"/> schmerzhaft<br><input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung                                                                                                                                        |               |
| 3.21                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Obere Gliedmaßen<br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> verändert<br><input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung                                                                                                                                                                            |               |
| 3.22                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Grobe Kraft<br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> beeinträchtigt                                                                                                                                                                                                                               |               |
| 3.23                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Untere Gliedmaßen<br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> verändert<br><input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung                                                                                                                                                                           |               |
| 3.24                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Peripheres und zentrales Nervensystem<br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> auffällig<br><input type="checkbox"/> motorische Störung<br><input type="checkbox"/> sensible Störung                                                                                                              |               |
| 3.25                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtssinn (Romberg)<br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> auffällig                                                                                                                                                                                                                   |               |
| 3.26                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Psyche<br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> grobe Auffälligkeit                                                                                                                                                                                                                               |               |
| 3.27                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Urin (Teststreifen)<br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> E pos<br><input type="checkbox"/> Z pos<br><input type="checkbox"/> Ery. pos<br><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 Arzt**

Stempel des Arztes

Zutreffendes bitte Zutreffendes 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 angedeuteter 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"/> |
| <b>4.1 Arbeiten überwiegend im</b>                                                                  |                          |                          |
| — 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"/> |
| <b>4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider</b>                                        |                          |                          |
| — Hände                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — Arme                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — Beine                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| erfordern.                                                                                          |                          |                          |
| <b>4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr</b>                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

– 6 –

Anlage 2a

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
  - Farbtauglichkeit
- 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)

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\*

☐

entfällt

☐

ja

Es ist zu erwarten, daß diese Arbeiten die Gesundheit

vorübergehend

dauernd gefährden.

☐
☐

#### 4.1 Arbeiten überwiegend im

— Stehen

☐
☐

— Gehen

☐
☐

— Sitzen

☐
☐

— Bücken

☐
☐

— Hocken

☐
☐

— Knien

☐
☐

#### 4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel

☐
☐

#### 4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider

— Hände

☐
☐

— Arme

☐
☐

— Beine

☐
☐

erfordern.

#### 4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr

☐
☐

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

– 2 –

Anlage 3

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

☐ 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)

**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

**Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten**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"/> | <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<br>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

– 2 –

Anlage 3a

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

☐ 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)

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\*

☐

entfällt

☐

ja

Es ist zu erwarten, daß diese Arbeiten die Gesundheit

vorübergehend

dauernd gefährden.

☐
☐

#### 4.1 Arbeiten überwiegend im

— Stehen

☐
☐

— Gehen

☐
☐

— Sitzen

☐
☐

— Bücken

☐
☐

— Hocken

☐
☐

— Knien

☐
☐

#### 4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel

☐
☐

#### 4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider

— Hände

☐
☐

— Arme

☐
☐

— Beine

☐
☐

erfordern.

#### 4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr

☐
☐

\* Die Bescheinigung ist dem Arbeitgeber umgehend zuzuleiten.

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

– 2 –

Anlage 4

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.

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

- 2 -

Anlage 4a

| Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen                                              | vorübergehend            | dauernd                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>4.5 Arbeiten überwiegend bei</b>                                                                           |                          |                          |
| — 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"/> |
| <b>4.6 Arbeiten unter Einwirkung von</b>                                                                      |                          |                          |
| — Lärm                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — mechanischen Schwingungen/Ererschütterungen                                                                 |                          |                          |
| auf die Hände und Arme                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| auf den ganzen Körper                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut</b>                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>4.8 Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>4.9 Arbeiten, die</b>                                                                                      |                          |                          |
| — volle Sehkraft ohne Sehhilfe                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — Farbtüchtigkeit                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| erfordern.                                                                                                    |                          |                          |
| <b>4.10 Sonstige Arbeiten:</b> _____                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)

**Land Nordrhein-Westfalen****Untersuchungsberechtigungsschein**

- **Nur gültig für Jugendliche unter 18 Jahren**
- **Für die Untersuchung besteht freie Arztwahl**

---

**An****Stadtverwaltung /Kreisverwaltung in <sup>1</sup> \_\_\_\_\_**

Der/Die Jugendliche \_\_\_\_\_ wurde von mir am \_\_\_\_\_<sup>2</sup> nach dem Vierten Titel des Dritten Abschnitts des Jugendarbeitsschutzgesetzes vom 12.04.1976 (BGBl. I S. 965) i. V. mit der Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 16.10.1990 (BGBl. I S. 2221), in der jeweils geltenden Fassung, erstuntersucht – nachuntersucht – wiederholt nachuntersucht – außerordentlich nachuntersucht – auf Veranlassung der Bezirksregierung untersucht<sup>3</sup>. Das Ergebnis der von mir für notwendig gehaltenen Ergänzungsuntersuchungen durch<sup>4</sup>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

habe ich bei meiner Beurteilung im Untersuchungsbogen berücksichtigt.

Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 JArbSchG habe ich für den \_\_\_\_\_ angeordnet / nicht angeordnet<sup>3</sup>.

Um Überweisung des Pauschbetrages nach § 46 Abs. 2 Nr. 2 JArbSchG auf mein Konto

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_ wird gebeten.

Datum \_\_\_\_\_ Stempel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

<sup>1</sup> Zuständig ist die Stadtverwaltung oder Kreisverwaltung, in deren Bezirk der Untersuchungsberechtigungsschein ausgegeben ist.

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

<sup>3</sup> Nichtzutreffendes streichen.

<sup>4</sup> 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 der Bezirksregierung 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 der Bezirksregierung 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: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Anlage 7

Haushaltsjahr 20\_\_\_\_\_

Dienststelle.....

Tel. (Durchwahl):.....

Mittelbedarf für die Durchführung von ärztlichen Untersuchungen  
nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

| Titel | Bisherige<br>Zuteilung 20____<br>(Euro)<br>2 | Istausgabe<br>(Stand: 30.09.20____)<br>(Euro)<br>3 | Mehr-/Minderbedarf (+/-)<br>gegenüber Spalte 2<br>(bis zum Ende des<br>lfd. Haushaltsjahres)<br>(Euro)<br>4 | Begründung<br>(ggf. gesondertes Blatt)<br>5 |
|-------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1     |                                              |                                                    |                                                                                                             |                                             |
|       |                                              |                                                    |                                                                                                             |                                             |

**III.**

**Strategische Umweltprüfung  
für das Entwicklungsprogramm  
des Landes Nordrhein-Westfalen  
für den Europäischen Landwirtschaftsfonds für  
die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER)  
in der Förderperiode 2014-2020**

Bek. d. Ministeriums für Klimaschutz, Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz  
v. 14. 7. 2014

Das Entwicklungsprogramm des Landes Nordrhein-Westfalen für den Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER) in der Förderperiode 2014 – 2020 wird derzeit einer Strategischen Umweltprüfung unterzogen. Im Umweltbericht werden die voraussichtlichen Auswirkungen, die die Durchführung des Entwicklungsprogramms auf die Umwelt hat, ermittelt, beschrieben und bewertet. Der Entwurf des Umweltberichts beruht auf der Rechtsgrundlage der Richtlinie 2001/42/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. Juni 2001 über die Prüfung der Umweltauswirkungen bestimmter Pläne und Programme. Der Umweltbericht kann in der Zeit vom **7. August bis zum 8. September 2014** im Ministerium für Klimaschutz, Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz des Landes Nordrhein-Westfalen, Schwannstraße 3, 40476 Düsseldorf, Raum 20 – 24 (Bibliothek) (Montag bis Freitag von 09.00 bis 15.00 Uhr) sowie im Internet unter [http://www.umwelt.nrw.de/landwirtschaft/nrw\\_programm/index.php](http://www.umwelt.nrw.de/landwirtschaft/nrw_programm/index.php) eingesehen werden.

Stellungnahmen können somit schriftlich bis zum **22. September 2014** an das Ministerium für Klimaschutz, Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz, Referat II B 1, Schwannstraße 3, 40476 Düsseldorf, gerichtet werden.

Ministerium für Klimaschutz, Umwelt,  
Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz  
des Landes Nordrhein-Westfalen  
Referat II B 1

– MBl. NRW. 2014 S. 450

**Einzelpreis dieser Nummer 11,55 Euro**

zuzügl. Porto- und Versandkosten

Bestellungen, Anfragen usw. sind an den A. Bagel Verlag zu richten. Anschrift und Telefonnummer wie folgt für **Abonnementsbestellungen**: Grafenberger Allee 82, Fax (02 11) 96 82/2 29, Tel. (02 11) 96 82/2 38 (8.00–12.30 Uhr), 40237 Düsseldorf  
Bezugspreis halbjährlich 57,50 Euro (Kalenderhalbjahr). Jahresbezug 115,- Euro (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 vier Wochen nach Erscheinen anerkannt.

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

**Einzelpreisbestellungen**: Grafenberger Allee 82, Fax: (02 11) 96 82/2 29, Tel. (02 11) 96 82/2 41, 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 82, 40237 Düsseldorf  
Druck: TSB Tiefdruck Schwann-Bagel, Düsseldorf und Mönchengladbach

ISSN 0177-3569