

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

1. Art der Untersuchung *

Erstuntersuchung gemäß § 32 Abs. 1 JArbSchG

Nachuntersuchung gemäß § 33 Abs. 1, § 34 JArbSchG

außerordentliche Nachuntersuchung gemäß § 35 Abs. 1 JArbSchG

2. Zu untersuchende/r Jugendliche/r *

Name Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße und Haus-Nr.

PLZ

Ort (Hauptwohnsitz in Sachsen)

Landkreis/kreisfreie Stadt

Personensorgeberechtigte/r:

Name Vorname

Anschrift

Straße und Haus-Nr.

PLZ

Ort

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

Datum *

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

3. Erklärungen des Arztes/der Ärztin *

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

Art der Untersuchung (Nr. 1): Erstuntersuchung Nachuntersuchung außerordentliche Nachuntersuchung

Untersuchungsdatum:

Als der Tag der Untersuchung gilt der Tag der abschließenden Beurteilung (§ 1 Abs. 2 der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung).

Eine Ergänzungsuntersuchung gemäß § 38 JArbSchG habe ich: veranlasst selbst vorgenommen

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

Untersuchungsdatum:

BSNR 9-stellig LANR (falls vorhanden)

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

Die Kostenanforderungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen einzureichen.
Bitte beachten Sie die Hinweise zur Abrechnung mit der **Abrechnungsnummer 99150** auf der folgenden Seite 3.

Datum *

Stempel / Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Erhebungsbogen für die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

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

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

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

A Vorgeschichte des Jugendlichen

A.1 Krankheiten/Behinderungen:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Augenkrankheiten | ☐ Ohrenkrankheiten | ☐ Anfallsleiden |
| ☐ Asthma | ☐ Herz-Kreislauf-Krankheiten | ☐ Zuckerkrankheit |
| ☐ Knochen-Gelenk-Krankheiten | ☐ Hautkrankheiten | ☐ Allergien |
| ☐ andere Krankheiten/Behinderungen | welche: _____ | |
| ☐ Operationen/Unfälle | welche: _____ | |
| | wann: _____ | |
| | ☐ noch Beschwerden/Folgen | |
| | welche: _____ | |

A.2 Häufige Beschwerden (Beispiele):

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| ☐ Husten | ☐ Atemnot | ☐ Kopfschmerz |
| ☐ Schwindel | ☐ Ohnmacht | ☐ Hautausschläge |
| ☐ Sonstige: _____ | | |

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

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

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

(Datum)

(Unterschrift des Personensorgeberechtigten)

(Unterschrift des Jugendlichen)

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

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