



Achtung!

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

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

Merkblatt

für die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Der ausgefüllte Erhebungsbogen verbleibt beim Arzt.

Zuständigkeiten:

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

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

Regierungspräsidium Tübingen
Ref. 54.4
Postfach 26 66

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

Anlage 1 a
(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 Personenberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen) |
| Berufliche Tätigkeit: mit Ausbildung nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
| Name und Anschrift des Arbeitgebers |
| Bisherige Untersuchungen nach dem JArbSchG (Jahr und Monat)** |
| Name und Anschrift des Arztes** |

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

* Die Angaben sind freiwillig; sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässigere Beurteilung.
 ** Aus der „Ärztlichen Mitteilung“ zu entnehmen

Anlage 1 a
(Farbe: rot)

- 2 -

| | nein | unbekannt | ja | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Übelkeit/Erbrechen | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Allergische Reaktionen | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Hautausschläge | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| sonstige | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |

bei weiblichen Jugendlichen:

| | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|-----------------|
| Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 1.3 Zur Zeit sonstige Beschwerden | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| 1.4 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Grund: _____ |
| 1.5 Regelmäßige Medikamenteneinnahme | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| 1.6 Regelmäßig sportliche Betätigung | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Sportart: _____ |

nein gelegentlich täglich

| | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.7 Alkoholkonsum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.8 Rauchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2 Arbeitsvorgeschichte

2.1 Weg zur Arbeitsstätte und zurück

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------|
| Dauer (Stunden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | unter 1 | 1 - 2 | 2 - 3 | über 3 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | zu Fuß | <input type="checkbox"/> | Fahrrad | <input type="checkbox"/> | öffentliche Verkehrsmittel | <input type="checkbox"/> | Fahrge- meinschaft | <input type="checkbox"/> | Motor- fahrzeug |

| | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.2 Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit) | <input type="text"/> | |
| Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit) | <input type="text"/> | |
| Wechselschicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.3 Welche beruflichen Arbeiten wurden bisher überwiegend ausgeführt?

2.4 Sind seit Arbeitsaufnahme gesundheitliche Beschwerden aufgetreten?

| | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
|--------------------------|--------------------------|---------------|

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

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

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

| | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | weshalb: _____ |
|--------------------------|--------------------------|----------------|

2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/Untersuchung erfolgt?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

2.8 Erfolgt arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

(Datum)

(Unterschrift d. Personensorgeberechtigten)

(Unterschrift des Jugendlichen)

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