

Bitte unbedingt
Rückseite beachten

**Untersuchungs-Berechtigungsschein
(nur für Jugendliche unter 18 Jahren)**

- für eine Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz
- für eine Nachuntersuchung nach § 33 Abs. 1, § 34 Jugendarbeitsschutzgesetz
- für eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz

Jugendlicher:

Geburtsdatum

Name und Vorname des/der Jugendlichen

Straße und Haus-Nr.

PLZ

Hauptwohnsitz in Sachsen

Kreis

Personen-
sorgeberechtigter:

Wichtig! Name, Vorname und Anschrift des Personensorgeberechtigten (unbedingt angeben)

Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass die oben bezeichnete Untersuchung von keinem anderen Arzt vorgenommen worden ist.

Datum

Unterschrift des Personensorgeberechtigten**)

Kostenforderung

Abr.-Nr.: 99150

BSNR 9-stellig

LANR (falls vorhanden)

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

Name und Anschrift des Arztes (von nicht zugel./nicht in Sachsen zugel. Ärzten auszufüllen)

Name

oder

Straße und Hausnummer

PLZ

Ortsbezeichnung

Untersuchungsdatum

***)

Der/Die vorgenannte Jugendliche wurde von mir am

nach der Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 16. Oktober 1990 (BGBl. I S. 2221)

erstuntersucht *)

nachuntersucht *)

außerordentlich nachuntersucht *).

Eine Ergänzungsuntersuchung gem. § 38 des Jugendarbeitsschutzgesetzes habe ich - veranlasst *)

selbst vorgenommen *)

Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 JArbSchG habe ich für den

Zeitpunkt

angeordnet.

Datum

Die Kostenanforderungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen einzureichen. Bitte berücksichtigen Sie die allgemeinen Hinweise auf der Rückseite unter Punkt 5 und 6.

Allgemeine Hinweise

1. Jugendliche im Sinne des Jugendarbeitsschutzgesetzes sind nur Personen, die 15, aber noch nicht 18 Jahre alt sind. Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres können daher nicht zu Lasten des Freistaates Sachsen untersucht werden. Dies gilt auch für allgemeine und weitere Nachuntersuchungen, außerordentliche sowie Ergänzungsuntersuchungen.
2. Untersuchungs-Berechtigungsscheine dürfen nur an solche Jugendliche ausgegeben werden, die ihren Hauptwohnsitz in Sachsen haben.
3. Für die Untersuchungen und die Kostenabrechnung sind die amtlichen Vordrucke zu verwenden.
4. Die amtlichen Formularsätze und die Untersuchungs-Berechtigungsscheine werden von der Landesdirektion Sachsen, Abteilung Arbeitsschutz, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden ausgegeben.
Bestellungen richten Sie bitte an:
schriftlich: Landesdirektion Sachsen, Abteilung Arbeitsschutz, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden;
per FAX: 0351 825-9700
per E-Mail: post.asd@lds.sachsen.de
Formularsätze erhalten Sie auch bei den Bezirksgeschäftsstellen des Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.
5. Die Untersuchungs-Berechtigungsscheine (Erstausfertigung) sowie die Überweisungsscheine zur Ergänzungsuntersuchung (Blatt B - Erstausfertigung) mit der Kostenforderung des Arztes senden Sie bitte der Abrechnungsstelle zu. Das Zweitstück des Untersuchungs-Berechtigungsscheins und die Erstfertigung des Untersuchungsbogens sowie die Überweisungsscheine zur Ergänzungsuntersuchung (Blatt A und B) verbleiben im Besitz des Arztes und sind 10 Jahre aufzubewahren.
6. Ab dem 01.01.2015 werden die Kostenanforderungen für Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen abgerechnet. Die Abr.-Nr. 99150 ist auf einem gesonderten Datensatz zu Lasten der VKNR 98854 (Abr.-IK 961470023), Kostenträgergruppe 86, gegenüber dem Kostenträger „Landesdirektion Sachsen“ unter Angabe des ICD Z00.0G abzurechnen.

Kostenanforderungen können maximal bis zu einem Quartal nach dem Quartal der Untersuchung eingereicht werden.

Sächsische Vertragsärzte reichen die Kostenforderungen im Rahmen der üblichen Quartalsabrechnung bei der regional zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen ein.

Ärzte und Einrichtungen in Sachsen, die nicht zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen sind, reichen die Kostenanforderungen bei der regional zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen ein:

KVS-Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Carl-Hamel-Straße 3
09116 Chemnitz

Postanschrift:
PF 11 64
09070 Chemnitz

Tel.: 0371 2789-0
chemnitz@kvsachsen.de

KVS-Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Schützenhöhe 12
01099 Dresden

Postanschrift:
PF 10 06 41
01076 Dresden

Tel.: 0351 8828-0
dresden@kvsachsen.de

KVS-Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Braunstraße 16
04347 Leipzig

Postanschrift:
PF 24 11 52
04331 Leipzig

Tel.: 0341 2432-0
leipzig@kvsachsen.de

Nicht-sächsische Ärzte und Einrichtungen reichen die Kostenanforderungen bei der Bezirksgeschäftsstelle Leipzig ein (Adresse siehe oben).

**Erhebungsbogen für die Nachuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz
(JArbSchG)**

– vom Personensorgeberechtigten³ auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben;⁴
dem Arzt vom Jugendlichen bei der Untersuchung vorzulegen –

UBS-ID	
Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Berufliche Tätigkeit	Arbeitgeber mit Anschrift
Name, Vorname, Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)	
Bisherige Untersuchungen (Jahr/Monat)	Name und Anschrift des Arztes

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

A Vorgeschichte des Jugendlichen

A.1 Krankheiten/Behinderungen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Augenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Ohrenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Krankheiten | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Knochen-Gelenk-Krankheiten | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> andere Krankheiten/Behinderungen | welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Operationen/Unfälle | welche: _____ | |
| | wann: _____ | |
| | <input type="checkbox"/> noch Beschwerden/Folgen | |
| | welche: _____ | |

A.2 Häufige Beschwerden (Beispiele):

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Kopfschmerz |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Hauausschläge |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | |

A.3 Zurzeit in ärztlicher Behandlung Grund: _____

A.4 Regelmäßige Medikamenteneinnahme welche: _____

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

A.6 Gibt es seit Arbeitsbeginn tätigkeitsbezogene Gesundheitsstörungen? _____

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

(Datum) _____ (Unterschrift des Personensorgeberechtigten) _____ (Unterschrift des Jugendlichen) _____

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

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

**Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt
Erhebungs-/Nachuntersuchungsbogen (Teil 2)**

Nachuntersuchung nach §§ 33 bis 35 und § 42 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname des Jugendlichen, Geburtsdatum⁶

Tag der Untersuchung: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen.

B Untersuchungen folgender Organe/Systeme erforderlich:

- | | | |
|-------------|---|---|
| B.1 | Größe (cm) _____ | Gewicht (teilbekleidet) (kg) _____ |
| B.2 | Haut <input type="checkbox"/> Ekzem | <input type="checkbox"/> Akne <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| B.3 | Visus <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> ausreichend mit Sehhilfe korrigiert |
| B.4 | Farbtüchtigkeit
(pseudoisochromatische
Farbtafeln oder Testgerät) | <input type="checkbox"/> rot/grün gestört <input type="checkbox"/> andere Störung: _____ |
| B.5 | Hörvermögen | <input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt <input type="checkbox"/> links eingeschränkt |
| B.6 | Lungen | <input type="checkbox"/> Nebengeräusche <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| B.7 | Herz-Kreislauf | <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen <input type="checkbox"/> pathologisches Geräusch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| | Puls im Sitzen (n/min) | _____ |
| | Blutdruck im Sitzen (systolisch) (mmHg) | _____ |
| | Blutdruck im Sitzen (diastolisch) (mmHg) | _____ |
| B.8 | Abdomen | <input type="checkbox"/> Druckschmerz <input type="checkbox"/> Bruch/-anlage <input type="checkbox"/> pathologische Resistenz |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |
| B.9 | Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> statische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen _____ |
| B.10 | Extremitäten | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung _____ |
| | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen _____ | |
| | <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörung _____ | |
| | <input type="checkbox"/> Kraftminderung _____ | |
| B.11 | Psyche/zentrales Nervensystem | <input type="checkbox"/> grobe Auffälligkeit _____ |
| B.12 | Alkoholkonsum/Drogen/Spielsucht/Nikotinkonsum | |

B.13	Angaben zur Arbeitsvorgeschichte: Wegdauer zu/von der Arbeitsstätte: _____ . Beginn und Ende der Arbeitszeit: _____ . Wechselschicht <input type="checkbox"/>
	Sind seit Arbeitsaufnahme gesundheitliche Beschwerden aufgetreten und wenn ja, wurden diese in Verbindung mit der ausgeübten Tätigkeit gebracht?
<hr/>	
Ist ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen worden? Wenn ja, weshalb?	
<hr/>	

sonstige Auffälligkeiten in der Patientenakte dokumentiert

Ergänzungsuntersuchung erforderlich, Grund: _____

Fachrichtung: _____

⁶ Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Erhebungs-/Nachuntersuchungsbogen das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind immer alle Geschlechter.

Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten⁷

Erstuntersuchung nach § 32 Absatz 1 und Nachuntersuchungen nach §§ 33 bis 35 und § 42
Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen (Versichertenstammdaten)	Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet. Nach § 40 Absatz 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.
--	--

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung (gem. § 32 Abs. 1 JArbSchG)
<input type="checkbox"/> Erste Nachuntersuchung
(gem. § 33 Abs. 1 JArbSchG)
<input type="checkbox"/> Außerordentliche Nachuntersuchung
(gem. § 35 JArbSchG) | <input type="checkbox"/> Weitere Nachuntersuchung
(gem. § 34 JArbSchG)
<input type="checkbox"/> Angeordnete Nachuntersuchung
(gem. § 42 JArbSchG) |
|---|--|

Folgende Arbeiten müssen vermieden werden:

- Überwiegendes Stehen.
- Überwiegendes Gehen.
- Überwiegendes Sitzen.
- Häufiges Einnehmen einer Zwangshaltung (z. B. Bücken, Hocken, Knien) _____
- Häufiges Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel.
- Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr.
- Arbeiten mit besonderen klimatischen Belastungen
 (z. B. Kälte, Hitze, Nässe, Zugluft, starke Temperaturschwankungen) _____
- Arbeiten mit physikalischen Belastungen
 (z. B. Lärm, mechanische Schwingungen/Erschütterungen) _____
- Arbeiten mit chemischer Belastung für die Haut oder der Schleimhäute durch Gase, Stäube, Dämpfe, Rauch _____
- Arbeiten, die die volle Sehkraft ohne Sehhilfe erfordern.
- Arbeiten, die die Farbtüchtigkeit erfordern.
- Sonstige Arbeiten: _____

Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist

- Normalbefund
- Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Absatz 1 JArbSchG wird angeordnet:

nach Ablauf von Monaten _____

spätestens bis zum _____

- Es wird empfohlen, dass der Jugendliche sich möglichst bald einem Arzt/Zahnarzt vorstellt, wegen _____

Empfehlungen: _____

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift des untersuchenden Arztes)

Zur Beachtung: Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres vor dem 18. Geburtstag 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.

⁷ Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser ärztlichen Mitteilung das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind immer alle Geschlechter.

Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber⁸

Erstuntersuchung nach § 32 Absatz 1 und Nachuntersuchungen nach §§ 33 bis 35 und § 42
Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen ⁹ (Versichertenstammdaten)	Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet. Nach § 40 Absatz 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.
---	--

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung (gem. § 32 Abs. 1 JArbSchG) | <input type="checkbox"/> Weitere Nachuntersuchung
(gem. § 34 JArbSchG) |
| <input type="checkbox"/> Erste Nachuntersuchung
(gem. § 33 Abs. 1 JArbSchG) | <input type="checkbox"/> Angeordnete Nachuntersuchung
(gem. § 42 JArbSchG) |
| <input type="checkbox"/> Außerordentliche Nachuntersuchung
(gem. § 35 JArbSchG) | |

Folgende Arbeiten müssen vermieden werden:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Überwiegendes Stehen. | |
| <input type="checkbox"/> Überwiegendes Gehen. | |
| <input type="checkbox"/> Überwiegendes Sitzen. | |
| <input type="checkbox"/> Häufiges Einnehmen einer Zwangshaltung (z. B. Bücken, Hocken, Knien) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Häufiges Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel. | |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr. | |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten mit besonderen klimatischen Belastungen
(z. B. Kälte, Hitze, Nässe, Zugluft, starke Temperaturschwankungen) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten mit physikalischen Belastungen
(z. B. Lärm, mechanische Schwingungen/Erschütterungen) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten mit chemischer Belastung für die Haut oder der Schleimhäute durch Gase, Stäube, Dämpfe, Rauch _____ | |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten, die die volle Sehkraft ohne Sehhilfe erfordern. | |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten, die die Farbtüchtigkeit erfordern. | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Arbeiten: _____ | |

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift des untersuchenden Arztes)

Zur Beachtung: Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres vor dem 18. Geburtstag 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.

⁸ Diese Bescheinigung hat der Arbeitgeber gem. § 41 Abs. 1 JArbSchG aufzubewahren.

⁹ Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser ärztlichen Mitteilung das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind immer alle Geschlechter.

Jugendarbeitsschutzuntersuchung

– Durchführung einer Ergänzungsuntersuchung gemäß § 38 JArbSchG –

Name, Vorname der/des Jugendlichen

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

wohnhaft in (Anschrift)

UBS-ID
(14-stellig; Bsp.: TH123456789000)

VERANLASSENDER ARZT

Der/Die Jugendliche wurde von mir im Rahmen der Erst- bzw. Nachuntersuchung gemäß Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) untersucht. Zur abschließenden Beurteilung des Gesundheitszustandes ist eine ärztliche Ergänzungsuntersuchung notwendig.

Ergänzungsuntersuchung durch folgende Fachrichtung:

Begründung der Notwendigkeit:

Ich bitte darum, die Ergänzungsuntersuchung vorzunehmen und den Befund unten einzutragen. Vielen Dank.

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift des veranlassenden Arztes

Arztstempel

DURCHFÜHRENDER ARZT

Die oben erbetene Ergänzungsuntersuchung wurde von mir durchgeführt am:

Datum (TT.MM.JJJJ)

Befund:

Der Befund wird urschriftlich an den veranlassenden Arzt zurückgesandt.

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift des durchführenden Arztes

Arztstempel