



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

72016 Tübingen

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 arbeiten möchte.

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.

	nein	unbekannt	ja	
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere Krankheiten/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.2 angeborene Schäden/Behinderungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.3 Operationen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.4 Unfälle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden/Folgen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.5 Häufige Beschwerden				
Husten/Auswurf	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Atemnot	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Schwindel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ohnmacht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
sonstige	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
bei weiblichen Jugendlichen:				
Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.6 Zur Zeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.7 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Grund: _____
2.8 Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
		nein	gelegentlich	täglich
2.9 Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Andere regelmäßige sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>	<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.