

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:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ 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: _____

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 zuverlässigere Beurteilung.

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:

Name und Vorname des/der Jugendlichen

Geburtsdatum

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

***)

Stempel des Arztes
(bitte deutlich lesbar)

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.

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

Datum

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 Formulare 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
Formulare 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).