

Diese Bescheinigung hat der Arbeitgeber nach § 41 Abs. 1 JArbSchG aufzubewahren!

Stempel des Arztes

Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber*

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Erste Nachuntersuchung (§ 33 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz – JArbSchG)
- Weitere Nachuntersuchung (§ 34 JArbSchG)
- Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35 JArbSchG)
- Angeordnete Nachuntersuchung (§ 42 JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet**

	<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> ja
Es ist zu erwarten, daß diese Arbeiten die Gesundheit	vorübergehend	dauernd gefährden.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 Arbeiten überwiegend im		
– Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Hocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Knien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider		
– Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erfordern.		
4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Die Bescheinigung ist dem Arbeitgeber umgehend zuzuleiten.

**Nach § 40 Abs. 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

Anlage 4 a
(Farbe: rot)

- 2 -

Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	vorübergehend	dauernd
4.5 Arbeiten überwiegend bei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– starken Temperaturschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Arbeiten unter Einwirkung von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– mechanischen Schwingungen/Erschütterungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf die Hände und Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf den ganzen Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8 Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9 Arbeiten, die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– volle Sehkraft ohne Sehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Farbtüchtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erfordern.		
4.10 Sonstige Arbeiten: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)