

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

Stempel des Arztes

Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber*

Zutreffendes bitte ankreuzen

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

vorübergehend

dauernd

4.5 Arbeiten überwiegend bei

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - 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

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Lärm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - mechanischen Schwingungen/Erschütterungen | | |
| 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

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - 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)