



Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Patienteltern,

du benötigst / ihre Tochter / ihr Sohn benötigt vor dem Beginn eines Beschäftigungsverhältnisses die ärztliche Bescheinigung über die Durchführung und das Ergebnis einer Jugendarbeitsschutzuntersuchung.

Die Kosten für diese Untersuchung und den damit verbundenen Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand trägt gemäß § 32, 33 und 34 des Jugendarbeitsschutzgesetzes das Land Hessen. Für die Familie der/des Jugendlichen sollen dabei keine Kosten entstehen.

Die recht umfangreiche Untersuchung, zu der keine Ärztin und kein Arzt verpflichtet ist, verursacht jedoch unserer Praxis weit höhere Kosten als das – 1976 (!) festgelegte – und seitdem nicht mehr angepasste Honorar in Höhe von 23,31€, das uns das Land Hessen dafür bezahlt. Daher sind wir nicht bereit, die Untersuchung zu Lasten des Landes Hessen durchzuführen.

Möglicherweise gibt es andere Arztpraxen, die dazu bereit sind, die Jugendarbeitsschutzuntersuchung zum angebotenen Honorar zu Lasten des Landes Hessen und somit kostenfrei für die Familie der/des Jugendlichen durchzuführen. Wenn du /Sie eine solche Praxis aufsuchen möchten, ist dies natürlich möglich. Wir können derzeit aber leider keine entsprechenden Praxen benennen. Informieren Sie sich ggf. bei der Ärztekammer (www.laekh.de) oder Kassenärztlichen Vereinigung (www.kvhessen.de) oder direkt beim zuständigen Ministerium. Wir können aber nicht garantieren, dass andere Praxen die Untersuchung auf Kosten des Landes Hessen wie gewünscht durchführen werden.

Falls du bzw. Sie, liebe Eltern, trotzdem ausdrücklich die Durchführung der Jugendarbeitsschutzuntersuchung in unserer Praxis wünschen, müssen wir sie Ihnen in Rechnung stellen. Es kommen voraussichtlich folgende Kosten auf Sie zu:

GOÄ-Position 32 (3,5facher Steigerungssatz im Rahmen einer individuellen Honorarvereinbarung, wegen des hohen Aufwandes, der mit der Untersuchung verbunden ist):

81,60 €.

Dafür gilt die beigefügte gesonderte Honorarvereinbarung, die vor Aufnahme der Untersuchung zwischen uns abzuschließen ist.

Sie müssen damit rechnen, dass Ihnen diese Kosten nicht erstattet werden.

Dein/Ihr Praxisteam

Bitte ausfüllen:

Ich wünsche die Durchführung der vorgeschriebenen Jugendarbeitsschutzuntersuchung bei meinem Kind auf eigene Kosten in der Praxis _____ zu den o.g. Bedingungen und nach Maßgabe einer gesonderten Honorarvereinbarung.

_____ (Name der/des Patientin/Patienten)

_____, den _____

Unterschrift des gesetzl. Vertreters

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 Zurzeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.7 Zurzeit 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"/>	
2.10 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		nein		ja
2.11 Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Andere regelmäßige sportliche Betätigung	<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.**