

**Briefkopf**  
**Kirchengemeinde / Dekanat**

**Bestätigung**

Hiermit bestätigen wir, dass beabsichtigt ist,

Herrn/Frau \_\_\_\_\_ in ein Arbeitsverhältnis/Ausbildungsverhältnis zu übernehmen, in dem er/sie kinder- und/oder jugendnah tätig wird, so dass die Prüfung der persönlichen Eignung nach § 72 a SGB VIII zu erfolgen hat.

Unterschriften

Siegel

**Antrag**

Hiermit beantrage ich (Namen und Adresse, Geburtstag) gemäß § 30a BZRG die Erteilung eines erweiterten Führungszeugnisses.

Mit freundlichen Grüßen

---

Bitte ausgefüllt der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter zur Vorsorge mitgeben.

Frau/Herr \_\_\_\_\_ ist in unserer Einrichtung als  
\_\_\_\_\_ beschäftigt.

**Wir beauftragen Sie mit der Durchführung einer arbeitsmedizinischen Vorsorge\*:**  
(Zutreffendes ankreuzen, nicht Zutreffendes streichen)

### Infektionsgefährdung

- Infektionsschutz vorschulische Kinderbetreuung inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (MMR und Hep. A)
- Infektionsschutz vorschulische Kinderbetreuung mit zusätzlichen Infektionsgefährdungen inkl. ggf. Impfangebot und Impfung \_\_\_\_\_ (z. B. im Waldkindergarten)
- Infektionsschutz Pflege inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (Hep. A, Hep. B)
- Infektionsschutz Grünpflege inkl. ggf. Impfangebot und Impfung (FSME)
- Vorsorge Tätigkeiten im Ausland inkl. ggf. Impfangebot und Impfung

### Muskel-Skelett-Belastung

- Schweres Heben und Tragen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)
- Ganzkörpervibrationen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)
- Hand-Arm-Vibrationen (entsprechend Gefährdungsbeurteilung)
- Arbeiten im Lärm > 80 dB(A) gemittelt über 8 Std. pro Tag**
- Feuchtarbeit > 2 Std. pro Tag**
- Bildschirmtätigkeit**
- Untersuchung für gefährliche Baumarbeiten**
- Arbeitsmedizinische Vorsorge, die auf Grund der Gefährdungsbeurteilung angeboten werden muss:**

---

(konkrete Gefährdung angeben, z. B. Umgang mit Gefahrstoffen)

- Untersuchung/Beratung bei Beschwerden mit direktem Bezug zur Tätigkeit (Wunschvorsorge)**

**Wir beauftragen Sie mit der Durchführung einer Untersuchung\*:**

- Mutterschutzuntersuchung für Schwangere mit infektionsgefährdenden Tätigkeiten**
- Untersuchung/Beratung nach Langzeiterkrankung/mit Schwerbehinderung (unter Vorlage einer Fragestellung und Arbeitsplatzbeschreibung)**
- Jugendarbeitsschutzuntersuchung**

**Wir beauftragen Sie mit einer kostenpflichtigen Zusatzleistung\*:**

Bitte Zusatzleistung beschreiben: (z.B. Einstellungs-, personal-, beamtenrechtliche Untersuchungen, Begutachtung zur Erwerbsfähigkeit)

b. w.

---

\* Eine ausführliche Beschreibung der zu beauftragenden Leistungen findet sich im Leitfaden

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Arbeitgebers, Stempel

Auftraggeber:

Name der Einrichtung:

Adresse:

z. Hd. Frau/Herr:

Tel. bei Rückfragen: