

## Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Stempel des Arztes

Tag der Untersuchung

### Untersuchungsbogen

Zutreffendes bitte  ankreuzen

Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG)

Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35 JArbSchG)

Weitere Nachuntersuchung (§ 34 JArbSchG)

Angeordnete Nachuntersuchung (§ 42 JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Name, Vorname, Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)
Berufliche Tätigkeit: mit Ausbildung <span style="margin-left: 150px;">nein <input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;">ja <input type="checkbox"/></span>
Name und Anschrift des Arbeitgebers
Bisherige Untersuchungen nach dem JArbSchG (Jahr und Monat)*)
Name und Anschrift des Arztes *)

Erhebungsbogen liegt vor

*nein*

*ja*

Alter des Jugendlichen (Jahre) \_\_\_\_\_

männlich

weiblich

Die Anamnese ist vom untersuchenden Arzt zu erheben!

#### 1 Vorgeschichte des Jugendlichen (seit der letzten Untersuchung nach dem JArbSchG)

- |                               |   |  |
|-------------------------------|---|--|
| 1.1 Krankheiten/Behinderungen | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> welche: _____ |
| Operationen                   | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> welche: _____ |
| wann:                         |   | _____                                  |
| noch Beschwerden              | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> welche: _____ |
| Unfälle                       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> welche: _____ |
| wann:                         |   | _____                                  |
| noch Beschwerden/Folgen       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> welche: _____ |
| Arbeitsunfähigkeit insgesamt  | 1 - 6 Tage <input type="checkbox"/>       |  |
|                               | 7 - 14 Tage <input type="checkbox"/>      |  |
|                               | mehr als 14 Tage <input type="checkbox"/> |  |

\*) Aus der "Ärztlichen Mitteilung" zu entnehmen

Zutreffendes bitte  ankreuzen

	<i>nein</i>	<i>unbekannt</i>	<i>ja</i>
1.2 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"/>
Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
sonstige	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche: _____
<b>bei weiblichen Jugendlichen:</b>			
Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche: _____
1.3 Zur Zeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Grund: _____
1.4 Zur Zeit in Ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche: _____
1.5 Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sportart: _____
1.6 Regelmäßige sportliche Betätigung			
	<i>nein</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>täglich</i>
1.7 Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welche: _____
1.8 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9 Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welche: _____
<b>2 Arbeitsvorgeschichte</b>			
2.1 Weg zur Arbeitsstätte und zurück			
Dauer (Stunden)	<input type="checkbox"/> unter 1	<input type="checkbox"/> 1 - 2	<input type="checkbox"/> 2 - 3
	<input type="checkbox"/> über 3		
zu Fuß	<input type="checkbox"/> Fahrrad	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Fahrgemeinschaft
			<input type="checkbox"/> Motorfahrzeug
2.2 Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit)	_____		
Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit)	_____		
Wechselschicht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2.3 Welche beruflichen Arbeiten wurden bisher überwiegend ausgeführt?	_____		
2.4 Sind seit Arbeitsaufnahme gesundheitliche Beschwerden aufgetreten?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche: _____
2.5 Werden die Beschwerden mit der ausgeübten Tätigkeit in Verbindung gebracht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2.6 Ist ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen worden?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> weshalb: _____
2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/Untersuchung erfolgt?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2.8 Erfolgten arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?			



rot

**Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt**

Name, Vorname des Jugendlichen \_\_\_\_\_

Tag der Untersuchung \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte  ankreuzen

Nr.	Befund	Erläuterungen
-----	--------	---------------

**3 Untersuchungen**

Kästchen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund des nebenstehenden Befundes die Ausübung bestimmter Arbeiten für gesundheitsgefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4 - Beurteilung - Ziffer 4.1 - 4.10).

3.1	<input type="checkbox"/> Metrische Angaben (cm) _____	Größe  Gewicht kg	(teilbekleidet)
3.2	<input type="checkbox"/> Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> adipös <input type="checkbox"/> reduziert	
3.3	<input type="checkbox"/> Entwicklungszustand	<input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/> deutlich verfrüht <input type="checkbox"/> deutlich verspätet	
3.4	<input type="checkbox"/> Muskulatur	<input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> kräftig <input type="checkbox"/> schwach	
3.5	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> unauffällig <input checked="" type="checkbox"/> Ekzem <input type="checkbox"/> Akne <input type="checkbox"/> sonstiges	
3.6	<input type="checkbox"/> Nahvisus	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt <input type="checkbox"/> links eingeschränkt	
	Sehhilfe vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	mit Sehhilfe	<input type="checkbox"/> ausreichend korrigiert <input checked="" type="checkbox"/> rechts eingeschränkt <input type="checkbox"/> links eingeschränkt	
3.7	<input type="checkbox"/> Fernvisus	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt <input type="checkbox"/> links eingeschränkt	
	Sehhilfe vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	mit Sehhilfe	<input checked="" type="checkbox"/> ausreichend korrigiert <input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt <input type="checkbox"/> links eingeschränkt	
3.8	<input type="checkbox"/> Farbtüchtigkeit (pseudoisochromatische Farbentafeln Testgerät)	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rot/grün <input type="checkbox"/> andere	oder
		<input type="checkbox"/> gestört <input type="checkbox"/> Störung	
3.9	<input type="checkbox"/> Hörvermögen	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt <input type="checkbox"/> links eingeschränkt	
3.10	<input type="checkbox"/> Nasenatmung	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>

3.11  Zähne

*unauffällig*

*behindert*

*Septumdiviation*

*Rhinitis*

3.12  Schilddrüse

*unauffällig*  
  
*unauffällig*

*behandlungsbedürftig*  
  
*verändert*

3.13  Brustkorb

*unauffällig*

*verändert*

rot

Zutreffendes bitte  ankreuzen

Nr.	Befund			Erläuterungen	
Kästchen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund des nebenstehenden Befundes die Ausübung bestimmter Arbeiten für gesundheitsgefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4 - Beurteilung - Ziffer 4.1 - 4.10).					
3.14	<input type="checkbox"/> Lungen	<input type="checkbox"/> <i>unauffällig</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nebengeräusche</i>	<input type="checkbox"/> <i>sonstiges</i>	_____
3.15	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/> <i>unauffällig</i>	<input type="checkbox"/> <i>Rhythmusstörungen</i>	<input type="checkbox"/> <i>path. Geräusch</i>	<input type="checkbox"/> <i>sonstiges</i> _____
		Puls im Sitzen (n/min)		_____	
		Blutdruck (mmHg)	im Sitzen	(systolisch)	
		Blutdruck (mmHg)	im Sitzen	(diastolisch)	
3.16	<input type="checkbox"/> Periphere Durchblutung	<input type="checkbox"/> <i>unauffällig</i>	<input type="checkbox"/> <i>gestört</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Krampfadern</i>	_____
3.17	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> <i>unauffällig</i>	<input type="checkbox"/> <i>Druckschmerz</i>	<input type="checkbox"/> <i>Bruch/anlage</i>	<input type="checkbox"/> <i>path. Resistenz</i> <i>sonstiges</i> _____
3.18	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> <i>unauffällig</i>	<input type="checkbox"/> <i>vergrößert</i>	<input type="checkbox"/> <i>Druckschmerz</i>	_____
3.19	<input type="checkbox"/> Urogenitalorgane	<input type="checkbox"/> <i>unauffällig</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nierenlager</i>	<input type="checkbox"/> <i>sonstiges</i>	_____
		<i>klopfempfindlich</i>			
3.20	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> <i>unauffällig</i>	<input type="checkbox"/> <i>deformiert</i>	<input type="checkbox"/> <i>schmerzhaft</i>	<input type="checkbox"/> <i>Bewegungseinschränkung</i> _____
3.21	<input type="checkbox"/> Obere Gliedmaßen	<input type="checkbox"/> <i>unauffällig</i>	<input type="checkbox"/> <i>verändert</i>	<input type="checkbox"/> <i>Bewegungseinschränkung</i>	_____
3.22	<input type="checkbox"/> Grobe Kraft	<input type="checkbox"/> <i>unauffällig</i>	<input type="checkbox"/> <i>beeinträchtigt</i>	_____	
3.23	<input type="checkbox"/> Untere Gliedmaßen	<input type="checkbox"/> <i>unauffällig</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>verändert</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Bewegungseinschränkung</i>	_____
3.24	<input type="checkbox"/> Peripheres und zentrales Nervensystem	<input type="checkbox"/> <i>unauffällig</i>	<input type="checkbox"/> <i>auffällig</i>	<input type="checkbox"/> <i>motorische Störung</i>	<input type="checkbox"/> <i>sensible Störung</i> _____
3.25	<input type="checkbox"/> Gleichgewichtssinn (Romberg)	<input checked="" type="checkbox"/> <i>unauffällig</i>	<input type="checkbox"/> <i>auffällig</i>		
3.26	<input type="checkbox"/> Psyche	<input checked="" type="checkbox"/> <i>unauffällig</i>	<input type="checkbox"/> <i>grobe Auffälligkeit</i>		
3.27	<input type="checkbox"/> Urin (Teststreifen)	<input type="checkbox"/> <i>unauffällig</i>	<input type="checkbox"/> <i>E pos</i>	<input type="checkbox"/> <i>Z pos</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ery. pos</i>
3.28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>sonstige</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>wichtige</i>	<input type="checkbox"/> <i>UBG vermehrt</i> Befunde
		_____			
Ergänzungsuntersuchung erforderlich		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<i>nein</i>		<i>ja</i>			
Datum der Veranlassung:		_____			
Grund:					
Fachrichtung:		Arbeitsmedizin	<input type="checkbox"/>	Innere Medizin	<input type="checkbox"/>

Augenkrankheiten   
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde  
Hautkrankheiten

Nervenheilkunde   
 Orthopädie   
sonstiges Gebiet

rot

## Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Zutreffendes bitte  ankreuzen

### 4 Beurteilung

- Erste Nachuntersuchung (§ 33 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"/> <i>entfällt</i>	<input type="checkbox"/> <i>ja</i>	
Es ist zu erwarten, daß diese Arbeiten die Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>vorübergehend</i>	<i>dauernd</i>	gefährden.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>4.1 Arbeiten überwiegend im</b>			
- 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"/>	
<b>4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider</b>			
- Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
erfordern.			
<b>4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>4.5 Arbeiten überwiegend bei</b>			
- 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			

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



Zutreffendes bitte  ankreuzen

*vorübergehend*  *dauernd*

4.6 Arbeiten unter Einwirkung von

- Lärm
- mechanischen Schwingungen/Erschütterungen

auf die Hände und Arme

auf den ganzen Körper

4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut

4.8 Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche

4.9 Arbeiten, die

- volle Sehkraft ohne Sehhilfe
  - Farbtüchtigkeit
- erfordern

4.10 Sonstige Arbeiten: \_\_\_\_\_

Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist

Normalbefund

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 JArbSchG wird angeordnet

nach Ablauf von Monaten \_\_\_\_\_

spätestens bis zum \_\_\_\_\_

Es wird empfohlen, daß der Jugendliche sich möglichst bald

wegen \_\_\_\_\_

einem Arzt für \_\_\_\_\_ Zahnarzt vorstellt.

Empfehlungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)