

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 nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Name und Anschrift des Arbeitgebers
Bisherige Untersuchungen nach dem JArbSchG (Jahr und Monat)*
Name und Anschrift des Arztes*

	nein	ja
Erhebungsbogen liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter des Jugendlichen		_____
männlich		<input type="checkbox"/>
weiblich		<input type="checkbox"/>

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		<input type="checkbox"/>	
	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

nein unbekannt ja

Zutreffendes bitte ankreuzen

1.2 Häufige Beschwerden:

Husten/Auswurf

Atemnot

Schwindel

Ohnmacht

Kopfschmerz

Übelkeit/Erbrechen

Schlafstörungen

Allergische Reaktionen

Hautausschläge

sonstige

welche: _____

bei weiblichen Jugendlichen:

Zyklusstörungen, erhebliche
Menstruationsbeschwerden

1.3 Zurzeit sonstige Beschwerden

welche: _____

1.4 Zurzeit in ärztlicher Behandlung

Grund: _____

1.5 Regelmäßige Medikamenteneinnahme

welche: _____

1.6 Regelmäßige sportliche Betätigung

Sportart: _____

nein gelegentlich täglich

1.7 Alkoholkonsum

1.8 Rauchen

1.9 Drogen

welche: _____

2 Arbeitsvorgeschichte

2.1 Weg zur Arbeitsstätte und zurück

Dauer
(Stunden)

unter 1

1 – 2

2 – 3

über 3

zu Fuß

Fahrrad

öffentliche
Verkehrsmittel

Fahrgemein-
schaft

Motor-
fahrzeug

2.2 Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit)

Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit)

Wechselschicht

2.3 Welche beruflichen Arbeiten wurden bisher überwiegend ausgeführt?

2.4 Sind seit Arbeitsaufnahme
gesundheitliche Beschwerden aufgetreten?

welche: _____

2.5 Werden die Beschwerden mit der ausge-
übten Tätigkeit in Verbindung gebracht?

2.6 Ist ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis aus ge-
sundheitl. Gründen abgebrochen worden?

weshalb: _____

2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/
Untersuchung erfolgt?

2.8 Erfolgten arbeitsmedizinische
Vorsorgeuntersuchungen?

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	Größe (cm) _____	Gewicht (teilbekleidet) (kg) _____	
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"/> alters- entsprechend	<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 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 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 type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	mit Sehhilfe	<input type="checkbox"/> ausreichend korrigiert	<input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt	<input type="checkbox"/> links eingeschränkt
3.8	<input type="checkbox"/> Farbtüchtigkeit (pseudoisochromatische Farbtafeln oder Testgerät)	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> rot/grün gestört	<input type="checkbox"/> andere 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"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> behindert	<input type="checkbox"/> Septum- deviation <input type="checkbox"/> Rhinitis _____
3.11	<input type="checkbox"/> Zähne	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> behandlungsbedürftig	_____
3.12	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verändert	_____
3.13	<input type="checkbox"/> Brustkorb	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verändert	_____

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"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> Nebengeräusche | <input type="checkbox"/> sonstiges | _____ |
| 3.15 | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> path. Geräusch | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
| | | | Puls im Sitzen (n/min) | | _____ |
| | | | Blutdruck im Sitzen (systolisch) (mmHg) | | _____ |
| | | | Blutdruck im Sitzen (diastolisch) (mmHg) | | _____ |
| 3.16 | <input type="checkbox"/> Periphere Durchblutung | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> gestört | <input type="checkbox"/> Krampfadern | _____ |
| 3.17 | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> Druckschmerz | <input type="checkbox"/> Bruch/-anlage | <input type="checkbox"/> path. Resistenz <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
| 3.18 | <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> vergrößert | <input type="checkbox"/> Druckschmerz | _____ |
| 3.19 | <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> Nierenlager klopfempfindlich | <input type="checkbox"/> sonstiges | _____ |
| 3.20 | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> deformiert | <input type="checkbox"/> schmerzhaft | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung _____ |
| 3.21 | <input type="checkbox"/> Obere Gliedmaßen | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> verändert | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | _____ |
| 3.22 | <input type="checkbox"/> Grobe Kraft | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> beeinträchtigt | | _____ |
| 3.23 | <input type="checkbox"/> Untere Gliedmaßen | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> verändert | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | _____ |
| 3.24 | <input type="checkbox"/> Peripheres und zentrales Nervensystem | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> auffällig | <input type="checkbox"/> motorische Störung | <input type="checkbox"/> sensible Störung _____ |
| 3.25 | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtssinn (Romberg) | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> auffällig | | |
| 3.26 | <input type="checkbox"/> Psyche | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> grobe Auffälligkeit | | _____ |
| 3.27 | <input type="checkbox"/> Urin (Teststreifen) | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> E pos | <input type="checkbox"/> Z pos | <input type="checkbox"/> Ery. Pos <input type="checkbox"/> UBG vermehrt |
| 3.28 | <input type="checkbox"/> sonstige wichtige Befunde | _____ | | | |

Ergänzungsuntersuchung erforderlich nein ja

Datum der Veranlassung: _____

Grund: _____

- | | | | | |
|--------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------------|
| Fachrichtung | Arbeitsmedizin | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin | <input type="checkbox"/> |
| | Augenkrankheiten | <input type="checkbox"/> | Nervenheilkunde | <input type="checkbox"/> |
| | Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde | <input type="checkbox"/> | Orthopädie | <input type="checkbox"/> |
| | Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> | sonstiges Gebiet | <input type="checkbox"/> _____ |

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Stempel des Arztes

Zutreffendes bitte ankreuzen

4 Beurteilung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Erste Nachuntersuchung (§ 33 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"/>

* 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
- Hitze
- Nässe
- Zugluft
- starken Temperaturschwankungen

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 Normbefund

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: _____
