

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

Alter des Jugendlichen |_____|

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

	nein	unbekannt	ja	
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
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"/>	
1.3 Zurzeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
1.4 Zurzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Grund: _____
1.5 Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
1.6 Regelmäßige sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sportart: _____
	nein	gelegentlich	täglich	
1.7 Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.8 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9 Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
2 Arbeitsvorgeschichte				
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
	<input type="checkbox"/> 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 gesundheitl. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

4.6 Arbeiten unter Einwirkung von

- Lärm vorübergehend dauernd
- mechanischen Schwingungen/Erschütterungen
 - auf die Hände und Arme vorübergehend dauernd
 - auf den ganzen Körper vorübergehend dauernd

4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut

- vorübergehend dauernd

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

- vorübergehend dauernd

4.9 Arbeiten, die

- volle Sehkraft ohne Sehhilfe vorübergehend dauernd
 - Farbtüchtigkeit vorübergehend dauernd
- erfordern.

4.10 Sonstige Arbeiten: _____

- vorübergehend dauernd

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: _____
