

### 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*

**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"/>	
<b>1.2 Häufige Beschwerden:</b>				
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: _____
<b>bei weiblichen Jugendlichen:</b>				
Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>1.3</b> Zurzeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>1.4</b> Zurzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Grund: _____
<b>1.5</b> Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>1.6</b> Regelmäßige sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sportart: _____
	<b>nein</b>	<b>gelegentlich</b>	<b>täglich</b>	
<b>1.7</b> Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>1.8</b> Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>1.9</b> Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2 Arbeitsvorgeschichte</b>				
<b>2.1</b> 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
<b>2.2</b> Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit)		_____		
Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit)		_____		
Wechselschicht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>2.3</b> Welche beruflichen Arbeiten wurden bisher überwiegend ausgeführt?				_____
<b>2.4</b> Sind seit Arbeitsaufnahme gesundheitliche Beschwerden aufgetreten?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2.5</b> Werden die Beschwerden mit der ausgeübten Tätigkeit in Verbindung gebracht?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>2.6</b> Ist ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis aus gesundheitl. Gründen abgebrochen worden?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	weshalb: _____
<b>2.7</b> Ist deswegen eine ärztliche Beratung/Untersuchung erfolgt?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>2.8</b> Erfolgten arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 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) <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>	Gewicht (teilbekleidet) (kg) <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>	
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  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"/> |
| <b>4.1</b> 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"/> |
| <b>4.2</b> Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>4.3</b> 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.  |                          |                          |
| <b>4.4</b> 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: \_\_\_\_\_

---



---



---