

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 (Jahre)		_____	
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

Zutreffendes bitte ankreuzen
nein unbekannt ja

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 Zur Zeit sonstige Beschwerden

welche: _____

1.4 Zur Zeit 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| (Stunden) | unter 1 | 1-2 | 2-3 | über 3 | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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 ausgeübten
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 Farbentafeln 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				
<p>Kästchen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund des nebenstehenden Befundes die Ausübung bestimmter Arbeiten für gesundheits gefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4: – Beurteilung – Ziffer 4.1.–4.10).</p>						
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)				<input type="text"/>
		Blutdruck im Sitzen (systolisch) (mmHg)				<input type="text"/>
		Blutdruck im Sitzen (diastolisch) (mmHg)				<input type="text"/>
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	<input type="text"/>				

Ergänzungsuntersuchung erforderlich

nein

ja

Datum der Veranlassung

Grund

Fachrichtung Arbeitsmedizin

Innere Medizin

Augenkrankheiten

Nervenheilkunde

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Orthopädie

Hautkrankheiten

sonstiges Gebiet

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Stempel des Arztes

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"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | entfällt | ja | |
| Es ist zu erwarten, daß diese Arbeiten die Gesundheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | vorübergehend | dauernd gefährden. | |
| 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: _____

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)

Stempel des Arztes

Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Erste Nachuntersuchung (§ 33 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz — 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| | entfällt | ja |
| Es ist zu erwarten, daß diese Arbeiten die Gesundheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | vorübergehend | dauernd gefährden. |
| 4.1 Arbeiten überwiegend im | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — 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: _____

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)

Diese Bescheinigung hat der Arbeitgeber nach § 41 Abs. 1 JArbSchG aufzubewahren!

Stempel des Arztes

Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber*

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Erste Nachuntersuchung (§ 33 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz — 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"/> | <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"/> |

* Die Bescheinigung ist dem Arbeitgeber umgehend zuzuleiten.

** 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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.6 Arbeiten unter Einwirkung von

- Lärm
- mechanischen Schwingungen/Erschütterungen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

auf die Hände und Arme

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

auf den ganzen Körper

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

4.9 Arbeiten, die

- volle Sehkraft ohne Sehhilfe
 - Farbtüchtigkeit
- erfordern.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.10 Sonstige Arbeiten: _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)