

### Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Stempel des Arztes
--------------------

Tag der Untersuchung
----------------------

### Untersuchungsbogen

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Beabsichtigte berufliche Tätigkeit
Name, Vorname, Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)

nein unbekannt ja

Zutreffendes bitte  ankreuzen

Erhebungsbogen liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter des Jugendlichen (Jahre)		<input type="text"/>
männlich		<input type="checkbox"/>
weiblich		<input type="checkbox"/>

Die Anamnese ist vom untersuchenden Arzt zu erheben!

#### 1 Familienvorgeschichte

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

Bei den Eltern und Geschwistern sind folgende Krankheiten/Behinderungen bekannt:

Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

welche: \_\_\_\_\_

#### 2 Krankheitsvorgeschichte des Jugendlichen

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

##### 2.1 Krankheiten/Behinderungen

Erläuterungen (Häufigkeit; Zeitpunkt; Diagnosen)

Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
wiederholt Mandelentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
wiederholt Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	nein	unbekannt	ja	Erläuterungen (Häufigkeit; Zeitpunkt; Diagnosen)
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen				
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darm-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blasen-Nieren-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wirbelsäulen-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere Knochen-Gelenk-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere Krankheiten/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2.2</b> angeborene Schäden/Behinderungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2.3</b> Operationen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2.4</b> Unfälle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden/Folgen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2.5</b> 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: _____
<b>bei weiblichen Jugendlichen:</b> Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>2.6</b> Zurzeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2.7</b> Zurzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Grund: _____
<b>2.8</b> Zurzeit eingenommene Medikamente	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
	<b>nein      gelegentlich      täglich</b>			
<b>2.9</b> Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2.10</b> Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2.11</b> Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
	<b>nein</b>		<b>ja</b>	
<b>2.12</b> Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Andere regelmäßige sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sportart: _____

### Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Name, Vorname, Geburtsdatum 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			
<b>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).</b>					
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"/> _____

Stempel des Arztes
--------------------

### Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

#### 4 Beurteilung

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Zutreffendes bitte  ankreuzen

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.
--	---------------	--------------------

#### 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:

Stempel des Arztes
--------------------

### Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Zutreffendes bitte  ankreuzen

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet\*

entfällt                       ja

Es ist zu erwarten, dass diese Arbeiten die Gesundheit                      vorübergehend                      dauernd gefährden.

**4.1** Arbeiten überwiegend im

- Stehen
- Gehen
- Sitzen
- Bücken
- Hocken
- Knien

**4.2** Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel

                    

**4.3** Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider

- Hände
  - Arme
  - Beine
- erfordern.

**4.4** Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr

                    

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



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

Stempel des Arztes
--------------------

### Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber\*

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Zutreffendes bitte  ankreuzen

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.
--	---------------	--------------------

**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

**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: \_\_\_\_\_

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

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

**Zur Beachtung:** Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres ist eine Nachuntersuchung erforderlich. Falls die öffentliche Berufsberatung in Anspruch genommen wird, sollte ihr von dem Personensorgeberechtigten im Interesse des Jugendlichen das vorstehende Untersuchungsergebnis mitgeteilt werden.