

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*

Erhebungsbogen liegt vor	nein	ja	
	<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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 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 | Fahrgemeinschaft | Motorfahrzeug |

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 gesundheitl. 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, 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 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.

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Erste Nachuntersuchung (§ 33 Abs. 1 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.

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:

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 JArbSchG) Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35 JArbSchG)
 Weitere Nachuntersuchung (§ 34 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 **

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

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

* 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)