

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

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"/>	

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 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"/> |
| 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: _____

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. |
| | <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

- 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

- | | |
|--|--|
| <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.
	<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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hitze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Nässe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Zugluft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - starken Temperaturschwankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4.6 Arbeiten unter Einwirkung von

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Lärm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - mechanischen Schwingungen/Erschütterungen | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Farbtüchtigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| erfordern. | | |

4.10 Sonstige Arbeiten: _____

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

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)