

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Stempel des Arztes

Tag der Untersuchung

Untersuchungsbogen

Zutreffendes bitte ankreuzen

- | | |
|---|--|
| <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 |
| 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 <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Alter des Jugendlichen (Jahre) | <input style="width: 50px;" type="text"/> | |
| 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 | 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

Anlage 2 a

- 2 -

(Farbe: rot)

| | 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 Zur Zeit sonstige Beschwerden | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| 1.4 Zur Zeit 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) | <input type="text"/> | | | |
| Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit) | <input type="text"/> | | | |
| 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) | | | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| | | Gewicht (teilbekleidet) (kg) | | | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| 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"/> Nasenaumung | <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 | <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 | _____ | | | | |

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

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"/> 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

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

4.6 Arbeiten unter Einwirkung von

- Lärm
- mechanischen Schwingungen/Erschütterungen
 - auf die Hände und Arme
 - auf den ganzen Körper

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

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.

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

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: _____
