

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Anlage 2 a
(Farbe: rot)

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 (Jahre)

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"/>		welche: _____
Operationen	<input type="checkbox"/>		welche: _____
			wann: _____
noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>		welche: _____
Unfälle	<input type="checkbox"/>		welche: _____
			wann: _____
noch Beschwerden/Folgen	<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

* Aus der „Ärztlichen Mitteilung“ zu entnehmen

Anlage 2 a
(Farbe: rot)

- 2 -

	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	
	<small>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).</small>	
3.1	<input type="checkbox"/> Metrische Angaben	Größe (cm) <input style="width: 100px;" type="text"/> Gewicht (teilkleidet) (kg) <input style="width: 100px;" 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"/> altersentsprechend <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 (pseudisochromatische 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				
<small>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).</small>						
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	<input type="checkbox"/> vorübergehend	<input type="checkbox"/> 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
 - Farbtauglichkeit
- 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)