

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Anlage 2a
(Farbe: rot)

8051

Stempel des Arztes»

Tag der Untersuchung

Untersuchungsbogen

Zutreffendes bitte E ankreuzen

- Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG) D Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35 JArbSchG)
 D Weitere Nachuntersuchung (§ 34 JArbSchG) D 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 ja

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)

mannlich

weiblich

Die Anamnese ist vom untersuchenden Arzt zu erheben!

1 Vorgeschichte des Jugendlichen (seit der letzten Untersuchung nach dem JArbSchG)

1.1 Krankheiten/Behinderungen

 welche: _____

Operationen

 welche: _____

wann: _____

noch Beschwerden

 welche: _____

Unfälle

 welche: _____

wann: _____

noch Beschwerden/Folgen

 welche: _____

Arbeitsunfähigkeit insgesamt

1-6 Tage 7-14 Tage mehr als 14 Tage

*Aus der „Ärztlichen Mitteilung“ zu entnehmen

8051

Zutreffendes bitte ankreuzen

nein unbekannt ja

1.2 Häufige Beschwerden:

Husten/Auswurf

Atemnot

Schwindel

Ohnmacht

S

Kopfschmerz

Übelkeit/Erbrechen

Schlafstörungen

Allergische Reaktionen

Hautausschüsse

sonstige

bei weiblichen Jugendlichen:**Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden****1.3 Zur Zeit sonstige Beschwerden****1.4 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung****1.5 Regelmäßige Medikamenteneinnahme****1.6 Regelmäßige sportliche Betätigung**

nein gelegentlich täglich

1.7 Alkoholkonsum**1.8 Rauchen****1.9 Drogen**

welche: _____

2 Arbeitsvorgeschichte**2.1 Weg zur Arbeitsstätte und zurück**Dauer
(Stunden)- unter 1
zu Fuß

über 3
Fahrrad
Öffentliche
VerkehrsmittelFahrgemein-
schaft
Motor-
fahrzeug**2.2 Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit)**Ende der **Arbeitszeit (Uhrzeit)**

Wechselschicht

2.3 Welche beruflichen Arbeiten wurden bisher Oberwiegend 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?**D D

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	G Metrische Angaben	Größe (cm) Gewicht (teilbekleidet) (kg)	
3.2	<input type="checkbox"/> Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> a unauffällig <input type="checkbox"/> a adipös <input type="checkbox"/> alters- entsprechend <input type="checkbox"/> deutlich verfrüht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> kraftig	<input type="checkbox"/> reduziert <input type="checkbox"/> deutlich verspätet <input type="checkbox"/> schwach
3.3	<input type="checkbox"/> Entwicklungszustand	<input type="checkbox"/> Ekzem <input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Alm» <input type="checkbox"/> links eingeschränkt
3.4	G Muskulatur	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> sonstiges _____
3.5	G Haut	<input type="checkbox"/> unauffällig	
3.6	G Nahvisus	<input type="checkbox"/> unauffällig	
	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"/> rechts eingeschränkt
3.7	G Fernvisus	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> links 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"/> rechts eingeschränkt
3.8	G Farbtüchtigkeit (pseudosochromatische Farbentafeln oder Testger.)	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> rot/grün gestört <input type="checkbox"/> andere Störung
3.9	G Hörvermögen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Brks <input type="checkbox"/> eingeschränkt
3.10	G Nasenatmung	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> behindert <input type="checkbox"/> Septum-deviation <input type="checkbox"/> Rhinitis
3.11	G Zahne	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> behandlungsbedürftig
3.12	G Schilddrüse	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verändert
3.13	G Brustkorb	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verändert

8051

Zutreffendes bitte ankreuzen

Nr.	Befund				Erläuterungen
<p>Kästchen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund dte Nebenbefindenden Befundes die Ausübung bestimmter/Arbeiten für gesundheitsgefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4 Beurteilung - Ziffer 4.1 - 4.10).</p>					
3.14 <input type="checkbox"/> Lungen	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Nebengeräusche	<input type="radio"/> sonstiges		
3.15 G Herz-Kreislauf	<input type="radio"/> G unauffällig	<input type="radio"/> G Rhythmus-Störungen	<input type="radio"/> G path. Geräusch	<input type="checkbox"/> sonstiges	
	Puls im Sitzen (n/min)				
	Blutdruck im Sitzen (systolisch) (mmHg)				
	Blutdruck im Sitzen (diastolisch) (mmHg)				
3.16 G Periphere Durchblutung	<input type="radio"/> G unauffällig	<input type="radio"/> G gestört	<input type="radio"/> G Krampfadern		
3.17 Q Abdomen	<input type="radio"/> Q unauffällig	<input type="radio"/> Q 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 G Urogenitalorgane	<input type="radio"/> G unauffällig	<input type="radio"/> G Nierenlager Klopfempfindlichkeit	<input type="radio"/> G sonstiges		
3.20 G Wirbelsaute	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="radio"/> G deformiert	<input type="radio"/> G schmerhaft	<input type="checkbox"/> Bewegungs-einschränkung	
3.21 <input type="checkbox"/> Obere Gliedmaßen	<input type="radio"/> G unauffällig	<input type="radio"/> G verändert	<input type="radio"/> G Bewegungs-einschränkung		
3.22 G Grobe Kran	<input type="radio"/> Q unauffällig	<input type="checkbox"/> beeinträchtigt			
3.23 G Untere Gliedmaßen	<input type="radio"/> G unauffällig	<input type="checkbox"/> verändert	<input type="radio"/> G Bewegungs-einschränkung		
3.24 G Periphera und zentrales Nervensystem	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="radio"/> G auffällig	<input type="checkbox"/> motorische Störung	<input type="checkbox"/> sensible Störung	
3.25 G Gleichgewichtssinn (Romberg)	<input type="radio"/> G unauffällig	<input type="radio"/> G auffällig			
3.26 G Psyche	<input type="radio"/> Q unauffällig	<input type="radio"/> Q grobe Auffälligkeit			
3.27 G Urin (Teststreifen)	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="radio"/> G E DOS	<input type="checkbox"/> Z pos	<input type="checkbox"/> Ery. pos	<input type="checkbox"/> UBG vermehrt
3.28 <input type="checkbox"/> sonstige wichtige Befunde					

Ergänzungsumtersuchung erforderlich nein ja

Datum der Veranlassung _____

Grund _____

Fachrichtung	Arbeitsmedizin	G	Innere Medizin	<input type="checkbox"/>
	Augenkrankheiten	G	Nervenheilkunde	<input type="checkbox"/>
	Hals-Nasen-Ohren-Halskunde	G	Orthopädie	<input type="checkbox"/>
	Hautkrankheiten	G	sonstiges Gebiet	<input checked="" type="checkbox"/> D _____

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

8051

Zutreffendes bitte ankreuzen**4 Beurteilung****G Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG)****G Weitere Nachuntersuchung (§ 34 JArbSchG)****G Außerordentliche Machuntersuchung (§ 35 JArbSchG)****G Angeordnete Nachuntersuchung (§ 42 JArbSchG)**

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Aufgrund der Untersuchung hatte 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"/> |
| - Kneien | <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.

8051

Zutreffendes bitte E ankreuzen

vorübergehend

dauernd

a

4.5 Arbeiten überwiegend bei

- Kälte

a

- Hitze

a

- Nässe

□

- Zugluft

□

- starken Temperaturschwankungen

a

4.6 Arbeiten unter Einwirkung von

- Lärm

a

- mechanischen Schwingungen/Erschütterungen

auf die Hände und Arme

auf den ganzen Körper

a

a

4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut

a

4.8 Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute
der Atemwege durch Staub, Gase, Dämpfe, Rauche

□

4.9 Arbeiten, die

- volle Sehkraft ohne Sehhilfe

a

- Farbtückigkeit

erfordern.

4.10 Sonstige Arbeiten:

D

Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist

 Normbefund

Eine auBerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 JArbSchG wird angeordnet

LJ

nach Ablauf von Monaten

spätestens bis zum

Es wird empfohlen, daß der Jugendliche sich möglichst bald

wegen

einem Arzt für

Zahnarzt vorstellt.

Empfehlungen: