

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*

nein ☐ja ☐

Erhebungsbogen liegt vor

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

D ☐☐

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 ☒ ankreuzennein ☐ unbekannt ☐ ja ☐**1.2 Häufige Beschwerden:**Husten/Auswurf ☐ ☐ ☐Atemnot ☐ ☐ ☐**Schwindel** ☐ ☐ ☐Ohnmacht ☐ ☐ ☐

s

Kopfschmerz ☐ ☐ ☐**Übelkeit/Erbrechen** ☐ ☐ ☐Schlafstörungen ☐ ☐ ☐Allergische Reaktionen ☐ ☐ ☐Hautausschläge ☐ ☐ ☐sonstige ☐ ☐ **welche:** _____**bei weiblichen Jugendlichen:
Zyklusstörungen, erhebliche
Menstruationsbeschwerden** ☐ ☐1.3 Zur Zeit sonstige Beschwerden ☐ ☐ **welche:** _____1.4 Zur Zeit 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) ☐ ☐ ☐ unter 1 ☐ zu Fuß ☐1-2 ☐2-3 ☐über 3 ☐Fahrrad ☐Öffentliche
Verkehrsmittel ☐Fahrgemein-
schaft ☐Motor-
fahrzeug ☐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 Erfolgt 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 gesundheits-
gefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4
- Beurteilung - Ziffer 4.1 - 4.10).

3.1 G Metrische Angaben

Größe (cm)

Gewicht (teilbekleidet) (kg)

3.2 ☐ Ernährungszustanda
unauffälliga
adipös☐
reduziert3.3 ☐ Entwicklungszustand☐
alters-
entsprechend☐
deutlich
verfrüht☐
deutlich
verspätet

3.4 G Muskulatur

☐
mittel☐
kraftig☐
schwach

3.5 G Haut

☐
unauffällig☐
Ekzem☐
Aim»☐
sonstiges

3.6 G Nahvisus

☐
unauffällig☐
rechts
eingeschränkt☐
links
eingeschränkt

Sehhilfe vorhanden

☐
ja☐
nein

mit Sehhilfe

☐
ausreichend
korrigiert☐
rechts
eingeschränkt☐
links
eingeschränkt

3.7 G Fernvisus

☐
unauffällig☐
rechts
eingeschränkt☐
links
eingeschränkt

Sehhilfe vorhanden

☐
ja☐
nein

mit Sehhilfe

☐
ausreichend
korrigiert☐
rechts
eingeschränkt☐
links
eingeschränkt3.8 G Farbtüchtigkeit
(pseudisochromatische
Farbentafeln oder
Testger)☐
unauffällig☐
rot/grün
gestört☐
andere
Störung

3.9 G Hörvermögen

☐
unauffällig☐
recht«
eingeschränkt☐
Bnks
eingeschränkt

3.10 G Nasenatmung

☐
unauffällig☐
behindert☐
Septum-
deviation☐
Rhinitis

3.11 G Zähne

☐
unauffällig☐
behandlungsbedürftig

3.12 G Schilddrüse

☐
unauffällig☐
verändert

3.13 G Brustkorb

☐
unauffällig☐
verändert

8051

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

Nr.	Befund	Erläuterungen
<small>Kästchen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund der nebenstehenden Befunde die Ausübung bestimmter Arbeiten f. Gesundheitsgefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4 - Beurteilung - Ziffer 4.1 - 4.10).</small>		
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"/> unauffällig <input type="radio"/> Rhythmus-Störungen <input type="radio"/> 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"/> unauffällig <input type="radio"/> gestört <input type="radio"/> Krampfadem	_____
3.17 Q Abdomen	<input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> 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"/> unauffällig <input type="radio"/> Nierenlager <input type="radio"/> sonstiges	_____
	Klopfempfindlich	
3.20 G Wirbelsäute	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="radio"/> deformiert <input type="radio"/> schmerzhaft <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung	_____
3.21 <input type="checkbox"/> Obere Gliedmaßen	<input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> verändert <input type="radio"/> Bewegungseinschränkung	_____
3.22 G Grobe Kran	<input type="radio"/> unauffällig <input type="checkbox"/> beeinträchtigt	_____
3.23 G Untere Gliedmaßen	<input type="radio"/> unauffällig <input type="checkbox"/> verändert <input type="radio"/> Bewegungseinschränkung	_____
3.24 G Periphäre und zentrales Nervensystem	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="radio"/> auffällig <input type="checkbox"/> motorische Störung <input type="checkbox"/> sensible Störung	_____
3.25 G Gleichgewichtssinn (Romberg)	<input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> auffällig	_____
3.26 G Psyche	<input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> grobe Auffälligkeit	_____
3.27 G Urin (Teststreifen)	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="radio"/> 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	_____	

Ergänzungsuntersuchung erforderlich

☐ nein☐ ja

Datum der Veranlassung _____

Grund _____

Fachrichtung

Arbeitsmedizin

G

Innere Medizin

☐

Augenkrankheiten

G

Nervenheilkunde

☐

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

G

Orthopädie

☐

Hautkrankheiten

G

sonstiges Gebiet

☐

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

8051

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

4 Beurteilung

G Erste Nachuntersuchung (§ 33 J ArbSchG)

G Weitere Nachuntersuchung (§ 34 J ArbSchG)

G Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35 J ArbSchG)

G Angeordnete Nachuntersuchung (§ 42 J ArbSchG)

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"/>
- 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 J ArbSchG 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

☐

a,

auf den ganzen Körper

☐

a

4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut

☐

a

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

☐☐

4.9 Arbeiten, die

- volle Sehkraft ohne Sehhilfe

☐

a

- Farbtüchtigkeit

☐

a

erfordern.

4.10 Sonstige Arbeiten:

☐

D

Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist

☐ Normbefund

Eine außerordentliche 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:

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)