

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Stempel des Arztes

Tag der Untersuchung

Untersuchungsbogen

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Beabsichtigte berufliche Tätigkeit
Name, Vorname, Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)

	nein	unbekannt	ja
Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen	☐	☐	☐
Erhebungsbogen liegt vor	☐		☐
Alter des Jugendlichen (Jahre)			
männlich			☐
weiblich			☐

Die Anamnese ist vom untersuchenden Arzt zu erheben!

1 Familienvorgeschichte

auffällig ☐ ☐ ☐

Bei den Eltern und Geschwistern sind folgende Krankheiten/Behinderungen bekannt:

Allergie	☐	☐	☐
Asthma	☐	☐	☐
Hautkrankheiten	☐	☐	☐
Zuckerkrankheit	☐	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐	☐
Herz-Kreislauf-Krankheiten	☐	☐	☐
Anfallsleiden	☐	☐	☐
andere Krankheiten	☐	☐	☐

welche: _____

2 Krankheitsvorgeschichte des Jugendlichen

auffällig ☐ ☐

2.1 Krankheiten/Behinderungen

Erläuterungen (Häufigkeit; Zeitpunkt; Diagnosen)

Rheumatisches Fieber	☐	☐	☐	_____
wiederholt Mandelentzündungen	☐	☐	☐	_____
wiederholt Bronchitis	☐	☐	☐	_____
Allergien	☐	☐	☐	_____
Asthma	☐	☐	☐	_____

	nein	unbekannt	ja	Erläuterungen (Häufigkeit; Zeitpunkt; Diagnosen)
Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen	☐	☐	☐	
Hautkrankheiten	☐	☐	☐	_____
Augenkrankheiten	☐	☐	☐	_____
Ohrenkrankheiten	☐	☐	☐	_____
Magen-Darm-Krankheiten	☐	☐	☐	_____
Blasen-Nieren-Krankheiten	☐	☐	☐	_____
Wirbelsäulen-Krankheiten	☐	☐	☐	_____
andere Knochen-Gelenk-Krankheiten	☐	☐	☐	_____
Zuckerkrankheit	☐	☐	☐	_____
Herz-Kreislauf-Krankheiten	☐	☐	☐	_____
Anfallsleiden	☐	☐	☐	_____
andere Krankheiten/Behinderungen	☐	☐	☐	welche: _____
2.2 angeborene Schäden/Behinderungen	☐		☐	welche: _____
2.3 Operationen	☐		☐	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden	☐		☐	welche: _____
2.4 Unfälle	☐		☐	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden/Folgen	☐		☐	welche: _____
2.5 Häufige Beschwerden				
Husten/Auswurf	☐		☐	_____
Atemnot	☐		☐	_____
Schwindel	☐		☐	_____
Ohnmacht	☐		☐	_____
Kopfschmerz	☐		☐	_____
Übelkeit/Erbrechen	☐		☐	_____
Schlafstörungen	☐		☐	_____
Allergische Reaktionen	☐		☐	_____
Hautausschläge	☐		☐	_____
sonstige	☐		☐	welche: _____
bei weiblichen Jugendlichen: Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	☐		☐	
2.6 Zurzeit sonstige Beschwerden	☐		☐	welche: _____
2.7 Zurzeit in ärztlicher Behandlung	☐		☐	Grund: _____
2.8 Zurzeit eingenommene Medikamente	☐		☐	welche: _____
	nein	gelegentlich	täglich	
2.9 Alkoholkonsum	☐	☐	☐	
2.10 Rauchen	☐	☐	☐	
2.11 Drogen	☐	☐	☐	welche: _____
	nein		ja	
2.12 Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport Andere regelmäßige sportliche Betätigung	☐		☐	Sportart: _____

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 ☐ Metrische Angaben	Größe (cm) _____	Gewicht (teilbekleidet) (kg) _____	
3.2 ☐ Ernährungszustand	☐ unauffällig	☐ adipös	☐ reduziert
3.3 ☐ Entwicklungszustand	☐ alters- entsprechend	☐ deutlich verfrüht	☐ deutlich verspätet
3.4 ☐ Muskulatur	☐ mittel	☐ kräftig	☐ schwach
3.5 ☐ Haut	☐ unauffällig	☐ Ekzem	☐ Akne ☐ sonstiges _____
3.6 ☐ Nahvisus	☐ unauffällig	☐ rechts eingeschränkt	☐ links eingeschränkt
Sehhilfe vorhanden	☐ ja	☐ nein	
mit Sehhilfe	☐ ausreichend korrigiert	☐ rechts eingeschränkt	☐ links eingeschränkt
3.7 ☐ Fernvisus	☐ unauffällig	☐ rechts eingeschränkt	☐ links eingeschränkt
Sehhilfe vorhanden	☐ ja	☐ nein	
mit Sehhilfe	☐ ausreichend korrigiert	☐ rechts eingeschränkt	☐ links eingeschränkt
3.8 ☐ Farbtüchtigkeit (pseudoisochromatische Farbentafeln oder Testgerät)	☐ unauffällig	☐ rot/grün gestört	☐ andere Störung _____
3.9 ☐ Hörvermögen	☐ unauffällig	☐ rechts eingeschränkt	☐ links eingeschränkt
3.10 ☐ Nasenatmung	☐ unauffällig	☐ behindert	☐ Septum- deviation ☐ Rhinitis _____
3.11 ☐ Zähne	☐ unauffällig	☐ behandlungsbedürftig	_____
3.12 ☐ Schilddrüse	☐ unauffällig	☐ verändert	_____
3.13 ☐ Brustkorb	☐ unauffällig	☐ 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 ☐ Augenkrankheiten ☐ Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde ☐ Hautkrankheiten ☐	Innere Medizin ☐ Nervenheilkunde ☐ Orthopädie ☐ sonstiges Gebiet ☐ _____

Stempel des Arztes

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

4 Beurteilung

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet*

☐
entfällt

☐
ja

Es ist zu erwarten, dass diese Arbeiten die Gesundheit

vorübergehend

dauernd gefährden.

☐

☐

4.1 Arbeiten überwiegend im

- Stehen

☐

☐

- Gehen

☐

☐

- Sitzen

☐

☐

- Bücken

☐

☐

- Hocken

☐

☐

- Knien

☐

☐

4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel

☐

☐

4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider

- Hände

☐

☐

- Arme

☐

☐

- Beine

☐

☐

erfordern.

4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr

☐

☐

* 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: _____
