

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter des Jugendlichen (Jahre)		<input type="text"/>	
männlich			<input type="checkbox"/>
weiblich			<input type="checkbox"/>

Die Anamnese ist vom untersuchenden Arzt zu erheben!

1 Familienvorgeschichte

auffällig

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

Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

welche: _____

2 Krankheitsvorgeschichte des Jugendlichen

auffällig

2.1 Krankheiten/Behinderungen

Erläuterungen (Häufigkeit; Zeitpunkt; Diagnosen)

Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
wiederholt Mandelentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
wiederholt Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	nein	unbekannt	ja	Erläuterungen (Häufigkeit; Zeitpunkt; Diagnosen)
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darm-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blasen-Nieren-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wirbelsäulen-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere Knochen-Gelenk-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere Krankheiten/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.2 angeborene Schäden/Behinderungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.3 Operationen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.4 Unfälle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden/Folgen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.5 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"/>	
2.6 Zurzeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.7 Zurzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Grund: _____
2.8 Zurzeit eingenommene Medikamente	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
	nein gelegentlich täglich			
2.9 Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.10 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.11 Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
	nein		ja	
2.12 Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Andere regelmäßige sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> Metrische Angaben	Größe (cm) _____	Gewicht (teilbekleidet) (kg) _____
-----	--------------------------------------------	------------------	------------------------------------

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"/> 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
-----	--------	---------------

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)			_____	
		Blutdruck im Sitzen (systolisch) (mmHg)			_____	
		Blutdruck im Sitzen (diastolisch) (mmHg)			_____	

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 klopfeempfindlich	<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	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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"/> _____

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*

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	entfällt	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

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: _____
