

# Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Anlage 2a  
(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 <span style="margin-left: 150px;">nein <input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;">ja <input type="checkbox"/></span> |
| 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"/>                  | <input type="checkbox"/> welche: _____ |
| Operationen                   | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> welche: _____ |
|                               |                                           | <input type="checkbox"/> wann: _____   |
| noch Beschwerden              | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> welche: _____ |
| Unfälle                       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> welche: _____ |
|                               |                                           | <input type="checkbox"/> wann: _____   |
| noch Beschwerden/Folgen       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> welche: _____ |
| Arbeitsunfähigkeit insgesamt  | 1 – 6 Tage <input type="checkbox"/>       |                                        |
|                               | 7 – 14 Tage <input type="checkbox"/>      |                                        |
|                               | mehr als 14 Tage <input type="checkbox"/> |                                        |

\* Aus der „Ärztlichen Mitteilung“ zu entnehmen

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

nein unbekannt ja

1.2 Häufige Beschwerden:

Husten/Auswurf

☐
☐

Atemnot

☐
☐

Schwindel

☐
☐

Ohnmacht

☐
☐

Kopfschmerz

☐
☐

Übelkeit/Erbrechen

☐
☐

Schlafstörungen

☐
☐

Allergische Reaktionen

☐
☐

Hautausschläge

☐
☐

sonstige

☐
☐

weiche: \_\_\_\_\_

bei weiblichen Jugendlichen:  
Zyklusstörungen, erhebliche  
Menstruationsbeschwerden

☐
☐

1.3 Zur Zeit sonstige Beschwerden

☐
☐

weiche: \_\_\_\_\_

1.4 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung

☐
☐

Grund: \_\_\_\_\_

1.5 Regelmäßige Medikamenteneinnahme

☐
☐

weiche: \_\_\_\_\_

1.6 Regelmäßige sportliche Betätigung

☐
☐

Sportart: \_\_\_\_\_

nein gelegentlich täglich

1.7 Alkoholkonsum

☐
☐
☐

1.8 Rauchen

☐
☐
☐

1.9 Drogen

☐
☐
☐

weiche: \_\_\_\_\_

2 Arbeitsvorgeschichte

2.1 Weg zur Arbeitsstätte und zurück

Dauer

☐
☐
☐
☐

(Stunden)

unter 1

1-2

2-3

über 3

☐
☐
☐
☐
☐

zu Fuß

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?

☐
☐

weiche: \_\_\_\_\_

2.5 Werden die Beschwerden mit der ausgeübten  
Tätigkeit in Verbindung gebracht?

☐
☐

2.6 Ist ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis aus ge-  
sundheitl. Gründen abgebrochen worden?

☐
☐

weshalb: \_\_\_\_\_

2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/  
Untersuchung erfolgt?

☐
☐

2.8 Erfolgte arbeitsmedizinische  
Vorsorgeuntersuchungen?

☐
☐
☐

- 3 -  
Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Anlage 2a

Name, Vorname des Jugendlichen

Tag der Untersuchung \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

| Nr.                                                                                                     | Befund                                                                                                                                                                                                                                 | Erläuterungen |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>3 Untersuchungen</b>                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                        |               |
|                                                                                                         | <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 4.1-4.16).</small> |               |
| 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-<br>entsprechend <input type="checkbox"/> deutlich<br>verfrüht <input type="checkbox"/> deutlich<br>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<br>eingeschränkt <input type="checkbox"/> links<br>eingeschränkt                                                                                                  |               |
| Sehhilfe vorhanden                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                              |               |
| mit Sehhilfe                                                                                            | <input type="checkbox"/> ausreichend<br>korrigiert <input type="checkbox"/> rechts<br>eingeschränkt <input type="checkbox"/> links<br>eingeschränkt                                                                                    |               |
| 3.7 <input type="checkbox"/> Fernvisus                                                                  | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rechts<br>eingeschränkt <input type="checkbox"/> links<br>eingeschränkt                                                                                                  |               |
| Sehhilfe vorhanden                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                              |               |
| mit Sehhilfe                                                                                            | <input type="checkbox"/> ausreichend<br>korrigiert <input type="checkbox"/> rechts<br>eingeschränkt <input type="checkbox"/> links<br>eingeschränkt                                                                                    |               |
| 3.8 <input type="checkbox"/> Farbtüchtigkeit<br>(pseudoisochromatische<br>Farbtafeln oder<br>Testgerät) | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rot/grün<br>gestört <input type="checkbox"/> andere<br>Störung                                                                                                           | _____         |
| 3.9 <input type="checkbox"/> Hörvermögen                                                                | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rechts<br>eingeschränkt <input type="checkbox"/> links<br>eingeschränkt                                                                                                  |               |
| 3.10 <input type="checkbox"/> Nasenatmung                                                               | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> behindert <input type="checkbox"/> Septum-<br>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                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Kästchen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund des obenstehenden 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="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 _____       |                                                                                                                                                                                               |
| <p>Ergänzungsuntersuchung erforderlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                               |
| <p>Datum der Veranlassung _____</p>                                                                                                                                                                                              |                                                                |                                                                                                                                                                                               |
| <p>Grund _____</p>                                                                                                                                                                                                               |                                                                |                                                                                                                                                                                               |
| 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**

Stempel des Arztes

Zutreffendes bitte 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"/><br>entfällt      | <input type="checkbox"/><br>ja                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Es ist zu erwarten, daß diese Arbeiten die Gesundheit                                               | <input type="checkbox"/><br>vorübergehend | <input type="checkbox"/><br>dauernd gefährden. |
| <b>4.1 Arbeiten überwiegend im</b>                                                                  |                                           |                                                |
| — 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"/>                       |
| <b>4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel</b> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                       |
| <b>4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider</b>                                        |                                           |                                                |
| — Hände                                                                                             | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                       |
| — Arme                                                                                              | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                       |
| — Beine                                                                                             | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                       |
| erfordern.                                                                                          |                                           |                                                |
| <b>4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr</b>                                                      | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                       |

\* Nach § 40 Abs. 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden

| Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen                                          | vorübergehend                       | dauernd                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 4.5 Arbeiten überwiegend bei                                                                              |                                     |                          |
| — Kalte                                                                                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| — Hitze                                                                                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| — Nässe                                                                                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| — Zugluft                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| — starken Temperaturschwankungen                                                                          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 4.6 Arbeiten unter Einwirkung von                                                                         |                                     |                          |
| — Lärm                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| — mechanischen Schwingungen/Erschütterungen                                                               |                                     |                          |
| auf die Hände und Arme                                                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| auf den ganzen Körper                                                                                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 4.8 Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 4.9 Arbeiten, die                                                                                         |                                     |                          |
| — volle Sehkraft ohne Sehhilfe                                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| — Farbtüchtigkeit                                                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| erfordern.                                                                                                |                                     |                          |
| 4.10 Sonstige Arbeiten: _____                                                                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist                                                             | <input type="checkbox"/> Normbefund |                          |
| _____                                                                                                     |                                     |                          |
| _____                                                                                                     |                                     |                          |
| Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 JArbSchG wird angeordnet <input type="checkbox"/> |                                     |                          |
| 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)