

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
Bescheinigte berufliche Tätigkeit
Name, Vorname, Postanschrift des Personenergeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)

	nein	unbekannt	ja
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebungsbogen liegt vor	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1 Krankheiten/Behinderungen			Erläuterungen (Häufigkeit; Zeitpunkt; Diagnosen)
Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
wiederholt Mandelentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
wiederholt Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

8051

	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"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.3 Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.4 Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden/Folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.5 Häufige Beschwerden				
Husten/Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
bei weiblichen Jugendlichen: Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2.6 Zur Zeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.7 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grund: _____
2.8 Zur Zeit eingenommene Medikamente	<input type="checkbox"/>	<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: _____
2.12 Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere regelmäßige sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sportart: _____

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Name, Vorname des Jugendlichen

Tao 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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Gewicht (teilbeleidet) (kg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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"/> altersentsprechend	<input type="checkbox"/> deutlich verfrüht	<input type="checkbox"/> deutlich verspätet
3.4	G	Muskulatur	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> kräftig	<input type="checkbox"/> schwach
3.5	G	Haut	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Ekzem	<input type="checkbox"/> Akne
					<input type="checkbox"/> sonstiges _____
3.6	G	Nahvisus	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt	<input type="checkbox"/> links eingeschränkt
		Sahhilfe 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	G	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	G	Farbtüchtigkeit (pseudisochromatische Farbentafeln oder Testgerät)	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> rot/grün gestört	<input type="checkbox"/> ander* Störung
3.9	<input type="checkbox"/>	Hörvermögen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt	<input type="checkbox"/> links eingeschränkt
3.10	G	Nasenaumung	<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

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 G Lungen	G unauffällig	<input type="checkbox"/> Nebengeräusche	<input type="checkbox"/> sonstiges		
3.15 G Herz-Kreislauf	G unauffällig	<input type="checkbox"/> Rhythmus- Störungen	<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 G Periphere Durchblutung	G unauffällig	<input type="checkbox"/> gestört	<input type="checkbox"/> Krampfadern		
3.17 G Abdomen	G unauffällig	<input type="checkbox"/> Druckschmerz	<input type="checkbox"/> Bruch/-anlage	<input type="checkbox"/> path. Resistenz	<input type="checkbox"/> sonstiges
3.18 G Leber	G unauffällig	<input type="checkbox"/> vergrößert	<input type="checkbox"/> Druckschmerz		
3.19 G Urogenitalorgane	G unauffällig	<input type="checkbox"/> Nierenlager klopfempfindlich	<input type="checkbox"/> sonstiges		
3.20 G Wirbelsäule	G unauffällig	<input type="checkbox"/> deformiert	<input type="checkbox"/> schmerhaft	<input type="checkbox"/> Bewegungs- einschränkung	
3.21 G Obere Gliedmaßen	G unauffällig	<input type="checkbox"/> verändert	<input type="checkbox"/> Bewegungs- einschränkung		
3.22 G Grobe Kraft	G unauffällig	<input type="checkbox"/> beeinträchtigt			
3.23 G Untere Gliedmaßen	G unauffällig	<input type="checkbox"/> verändert	<input type="checkbox"/> Bewegungs- einschränkung		
3.24 G Peripheres und zentrales Nervensystem	G unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> motorische Störung	<input type="checkbox"/> sensible Störung	
3.25 G Gleichgewichtssinn (Romberg)	G unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig			
3.26 O Psyche	G unauffällig	<input type="checkbox"/> grobe Auffälligkeit			
3.27 G Urin (Teststreifen)	G unauffällig	<input type="checkbox"/> E DOS	<input type="checkbox"/> Z pos	<input type="checkbox"/> Ery. DOS	<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	G
Augenkrankheiten	G	Nervenheilkunde	G
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	G	Orthopädie	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	sonstiges Gebiet	<input type="checkbox"/>

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 S ankreuzen

Aufgrund der Untersuchung halte 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	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"/>
4.5 Arbeiten überwiegend bei		
- Kälte	<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"/>

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

8051

Zutreffendes bitte ankreuzen

vorübergehend

dauernd

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 Staub*, Gase, Dämpfe, Rauche

4.9 Arbeiten, die

- volle Sehkraft ohne Sehhilfe

- Farbtauglichkeit

erfordern.

4.10 Sonstige Arbeiten: _____

Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist

G Normbefund

Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 ArbSchG wird angeordnet

G

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)