

Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung - JArbSchUV)

JArbSchUV

Ausfertigungsdatum: 16.10.1990

Vollzitat:

"Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung vom 16. Oktober 1990 (BGBl. I S. 2221)"

Fußnote

(+++ Textnachweis ab: 1. 2.1990 +++)

Eingangsformel

Auf Grund des § 46 Abs. 1 und des § 72 Abs. 3 Satz 2 des Jugendarbeitsschutzgesetzes vom 12. April 1976 (BGBl. I S. 965) verordnet der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung:

§ 1 Durchführung der Untersuchungen

(1) Der Arzt, der einen Jugendlichen nach den §§ 32 bis 35 oder nach § 42 des Jugendarbeitsschutzgesetzes untersucht, hat unter Berücksichtigung der Krankheitsvorgeschichte des Jugendlichen auf Grund der Untersuchungen zu beurteilen, ob dessen Gesundheit und Entwicklung durch die Ausführung bestimmter Arbeiten oder durch die Beschäftigung während bestimmter Zeiten gefährdet wird, ob eine außerordentliche Nachuntersuchung oder eine Ergänzungsuntersuchung erforderlich ist oder ob besondere der Gesundheit dienende Maßnahmen nötig sind (§ 37 Jugendarbeitsschutzgesetz).

(2) Als Tag der Untersuchung (§ 32 Abs. 1 Nr. 1, § 33 Abs. 1 und § 34 Jugendarbeitsschutzgesetz) gilt der Tag der abschließenden Beurteilung.

§ 2 Untersuchungsberechtigungsschein

Die Kosten einer Untersuchung werden vom Land (§ 44 Jugendarbeitsschutzgesetz) nur erstattet, wenn der Arzt der Kostenforderung einen von der nach Landesrecht zuständigen Stelle ausgegebenen Untersuchungsberechtigungsschein beifügt.

§ 3 Erhebungsbogen

Zur Vorbereitung einer Untersuchung nach § 32 Abs. 1 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (Erstuntersuchung) erhält der Jugendliche von der nach Landesrecht zuständigen Stelle einen Erhebungsbogen nach dem Muster der Anlage 1 in weißer Farbe, zur Vorbereitung einer Untersuchung nach § 33 Abs. 1, §§ 34, 35 Abs. 1 oder § 42 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (Nachuntersuchung) einen Erhebungsbogen nach dem Muster der Anlage 1a in roter Farbe. Der Erhebungsbogen soll, vom Personensorgeberechtigten ausgefüllt und von diesem und dem Jugendlichen unterschrieben, dem Arzt bei der Untersuchung vorgelegt werden.

§ 4 Untersuchungsbogen

(1) Für die Aufzeichnung der Ergebnisse einer Erstuntersuchung hat der Arzt einen Untersuchungsbogen nach dem Muster der Anlage 2 in weißer Farbe, für die Aufzeichnung der Ergebnisse einer Nachuntersuchung einen Untersuchungsbogen nach dem Muster der Anlage 2a in roter Farbe zu verwenden.

(2) Der Arzt hat die Untersuchungsbogen 10 Jahre aufzubewahren.

§ 5 Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten

Für die ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten nach § 39 Abs. 1 des Jugendarbeitsschutzgesetzes hat der Arzt bei einer Erstuntersuchung einen Vordruck nach dem Muster der Anlage 3 in weißer Farbe, bei einer Nachuntersuchung einen Vordruck nach dem Muster der Anlage 3a in roter Farbe zu verwenden.

§ 6 Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber

Für die ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber nach § 39 Abs. 2 des Jugendarbeitsschutzgesetzes hat der Arzt bei einer Erstuntersuchung einen Vordruck nach dem Muster der Anlage 4 in weißer Farbe, bei einer Nachuntersuchung einen Vordruck nach dem Muster der Anlage 4a in roter Farbe zu verwenden.

§ 7 Berlin-Klausel

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes in Verbindung mit § 71 des Jugendarbeitsschutzgesetzes auch im Land Berlin.

§ 8 Inkrafttreten, abgelöste Vorschrift

Diese Verordnung tritt am ersten Tage des auf die Verkündung folgenden vierten Kalendermonats in Kraft.

Schlußformel

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Anlage 1 Erhebungsbogen für die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Erhebungsbogen für die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

– vom Personensorgeberechtigten auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben,*
dem Arzt vom Jugendlichen bei der Untersuchung vorzulegen –

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

männlich

weiblich

1 Familienvorgeschichte

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/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welche: _____

2 Vorgeschichte des Jugendlichen

2.1 Krankheiten/Behinderungen

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"/>
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"/>

*Die Angaben sind freiwillig; sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässigere Beurteilung

	nein	unbekannt	ja	
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	<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"/>	
Atmennot	<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 Zur Zeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.7 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Grund: _____
2.8 Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<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"/>	
		nein		ja
2.11 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: _____

(Datum)

(Unterschrift d. Personenaorgeberechtigten)

(Unterschrift des Jugendlichen)

Hinweis: Bitte – falls vorhanden – zur Untersuchung mitbringen:
Impfnachweise, Sehhilfen, Allergiepaß, Feststellungsbescheide über Behinderungen.

Anlage 1a (Farbe rot)
Erhebungsbogen für die Nachuntersuchung nach dem Jugendschutzgesetz (JArbSchG)

Erhebungsbogen für die Nachuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

– vom Personensorgeberechtigten auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben;*
vom Jugendlichen mit der ärztlichen Mitteilung über die Erstuntersuchung dem Arzt bei der Nachuntersuchung vorzulegen –

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG)
 Andere Nachuntersuchung (§§ 34, 35 oder 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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Name und Anschrift des Arbeitgebers
Bisherige Untersuchungen nach dem JArbSchG (Jahr und Monat)**
Name und Anschrift des Arztes**

	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
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: _____ wann: _____
noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____ 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"/>
1.2 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"/>	

* Die Angaben sind freiwillig; sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässigere Beurteilung
 ** Aus der „ärztlichen Mitteilung“ zu entnehmen

	nein	unbekannt	ja	
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	weiche: _____
bei weiblichen Jugendlichen:				
Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
1.3 Zur Zeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	weiche: _____
1.4 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Grund: _____
1.5 Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	weiche: _____
1.6 Regelmäßig sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sportart: _____
nein gelegentlich täglich				
1.7 Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.8 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Arbeitsvorgeschichte				
2.1 Weg zur Arbeitsstätte und zurück				
Dauer (Stunden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	unter 1	1-2	2-3	über 3
<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> Fahrrad	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Fahrgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Motorfahrzeug
2.2 Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit)	<input type="text"/>			
Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit)	<input type="text"/>			
Wechselschicht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.3 Welche beruflichen Arbeiten wurden bisher überwiegend ausgeführt?				

2.4 Sind seit Arbeitsaufnahme gesundheitliche Beschwerden aufgetreten?				
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	weiche: _____
2.5 Werden die Beschwerden mit der ausgeübten Tätigkeit in Verbindung gebracht?				
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.6 Ist ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen worden?				
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	weshalb: _____
2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/Untersuchung erfolgt?				
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.8 Erfolgt arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(Datum)

(Unterschrift & Personalangehörigkeit)

(Unterschrift des Jugendlichen)

Hinweis: Bitte – falls vorhanden – zur Untersuchung mitbringen:
Impfnachweise, Sehhilfen, Allergiepaß, Feststellungsbescheide über Behinderungen.

Anlage 2 Zum Verbleib beim Untersuchenden Arzt

Untersuchungsbogen

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Stempel des Arztes

Tag der Untersuchung

Untersuchungsbogen

Eraltersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Besichtigte berufliche Tätigkeit
Name, Vorname, Postanschrift des Personensorgeberechtigten (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"/>	<input type="checkbox"/>
Alter des Jugendlichen (Jahre)	<input style="width: 50px;" 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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
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 Zur Zeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.7 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Grund: _____
2.8 Zur Zeit 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 <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 - 4.10).</small>	
3.1	<input type="checkbox"/> Metrische Angaben Größe (cm) _____ Gewicht (teilkleidet) (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 (pseudolischromatische 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 gesundheits-
gefährdend 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"/> 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	<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"/> Bewegungs- einschränkung	_____
3.21	<input type="checkbox"/> Obere Gliedmaßen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verändert	<input type="checkbox"/> Bewegungs- einschränkung		_____
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"/> Bewegungs- einschränkung		_____
3.24	<input type="checkbox"/> Peripheres und zen- trales 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

nein 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"/>

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"/> 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"/>
– Kriechen	<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.

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 Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche

4.9 Arbeiten, die

– volle Sehkraft ohne Sehhilfe

– Farbsichtigkeit

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: _____

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)

Anlage 2a (Farbe rot)
Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt
Untersuchungsbogen

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Stempel des Arztes

Tag der Untersuchung

Untersuchungsbogen

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG) | <input type="checkbox"/> Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35 JArbSchG) |
| <input type="checkbox"/> Weitere Nachuntersuchung (§ 34 JArbSchG) | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Name und Anschrift des Arbeitgebers
Bisherige Untersuchungen nach dem JArbSchG (Jahr und Monat)*
Name und Anschrift des Arztes*

Erhebungsbogen liegt vor	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Alter des Jugendlichen (Jahre)	<input style="width: 50px;" type="text"/>	
männlich	<input type="checkbox"/>	
weiblich	<input type="checkbox"/>	

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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
1.3 Zur Zeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
1.4 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Grund: _____
1.5 Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
1.6 Regelmäßige sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sportart: _____
	nein	gelegentlich	täglich	
1.7 Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.8 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9 Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
2 Arbeitsvorgeschichte				
2.1 Weg zur Arbeitsstätte und zurück				
Dauer (Stunden)	<input type="checkbox"/> unter 1	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> über 3
	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> Fahrrad	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Fahrgemeinschaft
				<input type="checkbox"/> Motorfahrzeug
2.2 Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit)	<input type="text"/>			
Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit)	<input type="text"/>			
Wechselschicht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.3 Welche beruflichen Arbeiten wurden bisher überwiegend ausgeführt?				

2.4 Sind seit Arbeitsaufnahme gesundheitliche Beschwerden aufgetreten?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.5 Werden die Beschwerden mit der ausgeübten Tätigkeit in Verbindung gebracht?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.6 Ist ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis aus gesundheitl. Gründen abgebrochen worden?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	weshalb _____

2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/Untersuchung erfolgt?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.8 Erfolgten arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Name, Vorname des Jugendlichen _____

Tag der Untersuchung _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Nr.	Befund	Erläuterungen
3	Untersuchungen <small>Klätchen neben den Ordnungsräumen nur ankreuzen, wenn aufgrund des nebenstehenden Befundes die Ausübung bestimmter Arbeiten für gesundheitsgefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4 – Beurteilung – Ziffer 4.1 – 4.10).</small>	
3.1	<input type="checkbox"/> Metrische Angaben Größe (cm) _____ Gewicht (teilkleidet) (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"/> altersentsprechend <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 (pseudolischromatische Farbtafeln 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"/> Nasennatmung <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> behindert <input type="checkbox"/> Septumdeviation <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
<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 - 4.10).</small>					
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 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

nein ja

Datum der Veranlassung

Grund

Fachrichtung:

Arbeitsmedizin

innere Medizin

Augenkrankheiten

Nervenheilkunde

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Orthopädie

Hautkrankheiten

sonstiges Gebiet

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

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"/> 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"/>
– Kriechen	<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
 - Farbtauglichkeit
- 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: _____

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)

Anlage 3 Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten

Stempel des Arztes

Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen

Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer

Zutreffendes bitte 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	<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 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: _____

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)

Zur Beachtung: Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres ist eine Nachuntersuchung erforderlich. Falls die öffentliche Berufsberatung in Anspruch genommen wird, sollte ihr von dem Personalorgansberechtigten im Interesse des Jugendlichen das vorstehende Untersuchungsergebnis mitgeteilt werden.

Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten

Stempel des Arztes

Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Erste Nachuntersuchung (§ 33 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz – 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"/>
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"/> |

*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
- Farbblichtigkeit
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: _____

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)

Anlage 4 Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber

Stempel des Arztes

Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber*

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

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"/> 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"/>

* Die Bescheinigung ist dem Arbeitgeber umgehend zuzuleiten.
** 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
 - Farbblichtigkeit
- erfordern.

4.10 Sonstige Arbeiten: _____

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)

Zur Beachtung: Nach Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres hat sich der Arbeitgeber die Bescheinigung eines Arztes darüber vorlegen zu lassen, daß der Jugendliche nachuntersucht worden ist (§ 33 Abs. 1 JArbSchG).

Anlage 4a (Farbe rot)
Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber

Diese Bescheinigung hat der Arbeitgeber nach § 41 Abs. 1 JArbSchG aufzubewahren!

Stempel des Arztes

Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber*

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Erste Nachuntersuchung (§ 33 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz – 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"/> 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"/>

* Die Bescheinigung ist dem Arbeitgeber umgehend zuzustellen.

** 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
 - Farbblichtigkeit
- erfordern.

4.10 Sonstige Arbeiten: _____

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)

