

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

| |
|--------------------|
| Stempel des Arztes |
|--------------------|

| |
|----------------------|
| Tag der Untersuchung |
|----------------------|

Untersuchungsbogen

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

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

nein unbekannt ja

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Erhebungsbogen liegt vor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alter des Jugendlichen (Jahre) | | <input type="text"/> | |
| männlich | | | <input type="checkbox"/> |
| weiblich | | | <input type="checkbox"/> |

Die Anamnese ist vom untersuchenden Arzt zu erheben!

1 Familienvorgeschichte

| | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| auffällig | <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 Zurzeit sonstige Beschwerden | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| 2.7 Zurzeit in ärztlicher Behandlung | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Grund: _____ |
| 2.8 Zurzeit eingenommene Medikamente | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| | nein gelegentlich täglich | | | |
| 2.9 Alkoholkonsum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2.10 Rauchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2.11 Drogen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| | nein | | ja | |
| 2.12 Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Andere regelmäßige sportliche Betätigung | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Sportart: _____ |

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Name, Vorname des Jugendlichen

Tag der Untersuchung _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

| Nr. | Befund | Erläuterungen |
|-----|--------|---------------|
|-----|--------|---------------|

3 Untersuchungen

Kästchen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund des nebenstehenden Befundes die Ausübung bestimmter Arbeiten für gesundheitsgefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4: - Beurteilung – Ziffer 4.1 – 4.10).

| | | | |
|-----|--|------------------|------------------------------------|
| 3.1 | <input type="checkbox"/> Metrische Angaben | Größe (cm) _____ | Gewicht (teilbekleidet) (kg) _____ |
|-----|--|------------------|------------------------------------|

| | | | | |
|-----|--|--------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 3.2 | <input type="checkbox"/> Ernährungszustand | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> adipös | <input type="checkbox"/> reduziert |
|-----|--|--------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|

| | | | | |
|-----|--|--|---|--|
| 3.3 | <input type="checkbox"/> Entwicklungszustand | <input type="checkbox"/> alters- entsprechend | <input type="checkbox"/> deutlich verfrüht | <input type="checkbox"/> deutlich verspätet |
|-----|--|--|---|--|

| | | | | |
|-----|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 3.4 | <input type="checkbox"/> Muskulatur | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> kräftig | <input type="checkbox"/> schwach |
|-----|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

| | | | | | |
|-----|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|
| 3.5 | <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> Ekzem | <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
|-----|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|

| | | | | |
|-----|-----------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| 3.6 | <input type="checkbox"/> Nahvisus | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt | <input type="checkbox"/> links eingeschränkt |
|-----|-----------------------------------|--------------------------------------|--|---|

| | | | |
|--|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| | Sehhilfe vorhanden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|--|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|

| | | | | |
|--|--------------|--|--|---|
| | mit Sehhilfe | <input type="checkbox"/> ausreichend korrigiert | <input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt | <input type="checkbox"/> links eingeschränkt |
|--|--------------|--|--|---|

| | | | | |
|-----|------------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| 3.7 | <input type="checkbox"/> Fernvisus | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt | <input type="checkbox"/> links eingeschränkt |
|-----|------------------------------------|--------------------------------------|--|---|

| | | | |
|--|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| | Sehhilfe vorhanden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|--|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|

| | | | | |
|--|--------------|--|--|---|
| | mit Sehhilfe | <input type="checkbox"/> ausreichend korrigiert | <input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt | <input type="checkbox"/> links eingeschränkt |
|--|--------------|--|--|---|

| | | | | |
|-----|---|--------------------------------------|--|--|
| 3.8 | <input type="checkbox"/> Farbtüchtigkeit (pseudoisochromatische Farbentafeln oder Testgerät) | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> rot/grün gestört | <input type="checkbox"/> andere Störung _____ |
|-----|---|--------------------------------------|--|--|

| | | | | |
|-----|--------------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| 3.9 | <input type="checkbox"/> Hörvermögen | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt | <input type="checkbox"/> links eingeschränkt |
|-----|--------------------------------------|--------------------------------------|--|---|

| | | | | | |
|------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|---|
| 3.10 | <input type="checkbox"/> Nasenatmung | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> behindert | <input type="checkbox"/> Septum- deviation | <input type="checkbox"/> Rhinitis _____ |
|------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|---|

| | | | | |
|------|--------------------------------|--------------------------------------|---|-------|
| 3.11 | <input type="checkbox"/> Zähne | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftig | _____ |
|------|--------------------------------|--------------------------------------|---|-------|

| | | | | |
|------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------|
| 3.12 | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> verändert | _____ |
|------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------|

| | | | | |
|------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------|
| 3.13 | <input type="checkbox"/> Brustkorb | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> verändert | _____ |
|------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------|

Zutreffendes bitte ankreuzen

| Nr. | Befund | Erläuterungen |
|-----|--------|---------------|
|-----|--------|---------------|

Kästchen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund des nebenstehenden Befundes die Ausübung bestimmter Arbeiten für gesundheitsgefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4: - Beurteilung – Ziffer 4.1 – 4.10).

| | | | | | |
|------|---------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|-------|
| 3.14 | <input type="checkbox"/> Lungen | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> Nebengeräusche | <input type="checkbox"/> sonstiges | _____ |
|------|---------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|-------|

| | | | | | | |
|------|---|--|--|---|------------------------------------|-------|
| 3.15 | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> path. Geräusch | <input type="checkbox"/> sonstiges | _____ |
| | | Puls im Sitzen (n/min) | | | _____ | |
| | | Blutdruck im Sitzen (systolisch) (mmHg) | | | _____ | |
| | | Blutdruck im Sitzen (diastolisch) (mmHg) | | | _____ | |

| | | | | | |
|------|---|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------|
| 3.16 | <input type="checkbox"/> Periphere Durchblutung | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> gestört | <input type="checkbox"/> Krampfadern | _____ |
|------|---|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------|

| | | | | | | |
|------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 3.17 | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> Druckschmerz | <input type="checkbox"/> Bruch/-anlage | <input type="checkbox"/> path. Resistenz | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
|------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|

| | | | | | |
|------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------|
| 3.18 | <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> vergrößert | <input type="checkbox"/> Druckschmerz | _____ |
|------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------|

| | | | | | |
|------|---|--------------------------------------|--|------------------------------------|-------|
| 3.19 | <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> Nierenlager klopfeempfindlich | <input type="checkbox"/> sonstiges | _____ |
|------|---|--------------------------------------|--|------------------------------------|-------|

| | | | | | | |
|------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---|-------|
| 3.20 | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> deformiert | <input type="checkbox"/> schmerzhaft | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | _____ |
|------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---|-------|

| | | | | | |
|------|---|--------------------------------------|------------------------------------|---|-------|
| 3.21 | <input type="checkbox"/> Obere Gliedmaßen | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> verändert | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | _____ |
|------|---|--------------------------------------|------------------------------------|---|-------|

| | | | | |
|------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|-------|
| 3.22 | <input type="checkbox"/> Grobe Kraft | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> beeinträchtigt | _____ |
|------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|-------|

| | | | | | |
|------|--|--------------------------------------|------------------------------------|---|-------|
| 3.23 | <input type="checkbox"/> Untere Gliedmaßen | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> verändert | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | _____ |
|------|--|--------------------------------------|------------------------------------|---|-------|

| | | | | | | |
|------|--|--------------------------------------|------------------------------------|---|---|-------|
| 3.24 | <input type="checkbox"/> Peripheres und zentrales Nervensystem | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> auffällig | <input type="checkbox"/> motorische Störung | <input type="checkbox"/> sensible Störung | _____ |
|------|--|--------------------------------------|------------------------------------|---|---|-------|

| | | | | |
|------|---|--------------------------------------|------------------------------------|-------|
| 3.25 | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtssinn (Romberg) | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> auffällig | _____ |
|------|---|--------------------------------------|------------------------------------|-------|

| | | | | |
|------|---------------------------------|--------------------------------------|--|-------|
| 3.26 | <input type="checkbox"/> Psyche | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> grobe Auffälligkeit | _____ |
|------|---------------------------------|--------------------------------------|--|-------|

| | | | | | | |
|------|--|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 3.27 | <input type="checkbox"/> Urin (Teststreifen) | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> E pos | <input type="checkbox"/> Z pos | <input type="checkbox"/> Ery. Pos | <input type="checkbox"/> UBG vermehrt |
|------|--|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|

| | | | | | |
|------|--|-------|--|--|--|
| 3.28 | <input type="checkbox"/> sonstige wichtige Befunde | _____ | | | |
|------|--|-------|--|--|--|

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Ergänzungsuntersuchung erforderlich | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|

Datum der Veranlassung: _____

Grund _____

| | | | | |
|--------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------------|
| Fachrichtung | Arbeitsmedizin | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin | <input type="checkbox"/> |
| | Augenkrankheiten | <input type="checkbox"/> | Nervenheilkunde | <input type="checkbox"/> |
| | Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde | <input type="checkbox"/> | Orthopädie | <input type="checkbox"/> |
| | Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> | sonstiges Gebiet | <input type="checkbox"/> _____ |

| |
|--------------------|
| Stempel des Arztes |
|--------------------|

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

4 Beurteilung

| |
|--|
| Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort |

Zutreffendes bitte ankreuzen

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

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | entfällt | ja |
| Es ist zu erwarten, dass diese Arbeiten die Gesundheit | vorübergehend | dauernd gefährden. |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.1 Arbeiten überwiegend im | | |
| - Stehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Bücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hocken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Knien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider | | |
| - Hände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Arme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Beine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| erfordern. | | |
| 4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

vorübergehend

dauernd

4.5 Arbeiten überwiegend bei

- Kälte

- Hitze

- Nässe

- Zugluft

- starken Temperaturschwankungen

4.6 Arbeiten unter Einwirkung von

- Lärm

- mechanischen Schwingungen/Erschütterungen

 auf die Hände und Arme

 auf den ganzen Körper

4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut

4.8 Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche

4.9 Arbeiten, die

- volle Sehkraft ohne Sehhilfe

- Farbtüchtigkeit

erfordern.

4.10 Sonstige Arbeiten: _____

Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist

Normbefund

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

nach Ablauf von Monaten _____

spätestens bis zum _____

Es wird empfohlen, dass der Jugendliche sich möglichst bald

wegen _____

einem Arzt für _____ Zahnarzt vorstellt.

Empfehlungen: _____

| |
|--------------------|
| Stempel des Arztes |
|--------------------|

Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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 <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen | vorübergehend | dauernd |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| | <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"/> |
| 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

nach Ablauf von Monaten _____

spätestens bis zum _____

Es wird empfohlen, dass der Jugendliche sich möglichst bald wegen _____ einem Arzt für _____ Zahnarzt vorstellt.

Empfehlung: _____

(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 Personensorgeberechtigten im Interesse des Jugendlichen das vorstehende Untersuchungsergebnis mitgeteilt werden.

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

| |
|--------------------|
| 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
 - Farbtüchtigkeit
- erfordern.

4.10 Sonstige Arbeiten: _____

(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 Personensorgeberechtigten im Interesse des Jugendlichen das vorstehende Untersuchungsergebnis mitgeteilt werden.