

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 Personenberechtigten (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 | ja |
| <input type="checkbox"/> | <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 zuverlässige 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"/> welche: _____ |

bei weiblichen Jugendlichen:

Zyklusstörungen, erhebliche
Menstruationsbeschwerden

1.3 Zur Zeit sonstige Beschwerden welche: _____

1.4 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung Grund: _____

1.5 Regelmäßige Medikamenteneinnahme welche: _____

1.6 Regelmäßig sportliche Betätigung 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) unter 1 1-2 2-3 über 3

zu Fuß Fahrrad öffentliche Verkehrsmittel Fahrgemeinschaft Motorfahrzeug

2.2 Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit)

Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit)

Wechselschicht

2.3 Welche beruflichen Arbeiten wurden bisher überwiegend ausgeführt?

2.4 Sind seit Arbeitsaufnahme gesundheitliche Beschwerden aufgetreten?
 welche: _____

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

2.6 Ist ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen worden?
 weshalb: _____

2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/Untersuchung erfolgt?

2.8 Erfolgt arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?

(Datum) (Unterschrift d. Personensorgeberechtigten) (Unterschrift des Jugendlichen)

Hinweis: Bitte – falls vorhanden – zur Untersuchung mitbringen:
Impfnachweis, Sehhilfen, Allergiepass, Feststellungsbescheide über Behinderungen.