



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 **X** ankreuzen.

- Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG)
- Andere Nachuntersuchung (§§ 34, 35 oder 42 JArbSchG)

Name, Vorname(n), Geburtsdatum des Jugendlichen		
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		
Name, Vorname, Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)		
berufliche Tätigkeit mit Ausbildung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Name und Anschrift des Arbeitgebers		
Bisherige Untersuchungen nach dem JArbSchG (Jahr und Monat)		
Name und Anschrift des Arztes***		

Zutreffendes bitte **X** ankreuzen!

nein ja

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 | <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"/> | |

* Zur Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 16.10.1990 (BGBl. I S. 2221)

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

*** Aus der „Ärztlichen Mitteilung“ zu entnehmen.

Zutreffendes bitte **X** ankreuzen!

	nein	unbekannt	ja		
Kopfschmerzen	<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:	
sowie bei weiblichen Jugendlichen: Zyklusstörungen, Menstruationsbeschwerden					
1.3	Zurzeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche:
1.4	Zurzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grund:
1.5	Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche:
1.6	Regelmäßig sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sportart:
1.7	Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	täglich <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 bis 2	2 bis 3	über 3	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu Fuß	Fahrrad	Öffentliche Verkehrsmittel	Fahrgemeinschaft	Motorfahrzeug

2.2 Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit) Uhr
 Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit) Uhr

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 Erfolgten arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?

Datum

X _____
Unterschrift des Personensorgeberechtigten

X _____
Unterschrift des Jugendlichen

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