

## Erhebungsbogen für die Nachuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

- vom Personensorgeberechtigten auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben; \*  
dem Arzt vom Jugendlichen bei der Untersuchung 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 <span style="margin-left: 150px;">nein</span> <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 100px;">ja</span> <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"/>	
<b>1. Vorgeschichte des Jugendlichen (seit der letzten Untersuchung nach dem JArbSchG)</b>			
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"/>	
<b>1.2 Häufige Beschwerden</b>			
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"/>	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	ja
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu Fuß	Fahrrad	öffentliche Verkehrsmittel	Fahrge- meinschaft	Motor- fahrzeuge		

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 abgesprochen worden?

weshalb: \_\_\_\_\_

2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/Untersuchung erfolgt?

2.8 Erfolgten arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?

**Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass die oben bezeichnete Untersuchung von keinem anderen Arzt vorgenommen worden ist**

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift d. Personensorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Jugendlichen)

**Hinweis:** Bitte **unbedingt** zur Untersuchung mitbringen: Impfnachweise  
Falls vorhanden auch: Sehhilfen, Allergiepass, Feststellungsbescheide über Behinderungen