

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

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"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 7 - 14 Tage <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | mehr als 14 Tage <input type="checkbox"/> | <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

Anlage 1a

(Farbe: rot)

Zutreffendes bitte ankreuzen

nein unbekannt ja

Kopfschmerz

Übelkeit/Erbrechen

Schlafstörungen

Allergische Reaktionen

Hautausschläge

sonstige

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

1.8 Rauchen

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 Erfolgten arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?

(Datum)

(Unterschrift d. Personensorgeberechtigten)

(Unterschrift des Jugendlichen)

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