

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 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 <input type="checkbox"/> | ja <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 | | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | 1-6 Tage |
| | | <input type="checkbox"/> | 7-14 Tage |
| | | <input type="checkbox"/> | mehr als 14 Tage |
| 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 26.10.1990 (BGBl. I S. 2221)
 **) Die Angaben sind freiwillig, sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässigere Beurteilung
 ***) Aus der „Ärztlichen Mitteilung“ zu entnehmen

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen | nein | unbekannt | ja | |
| Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> | <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?

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

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