

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 –

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

Name, Vorname(n) des Jugendlichen	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Name, Vorname(n), Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)	
Berufliche Tätigkeit des Jugendlichen	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**	

Landratsamt Neu-Ulm

	nein	ja	
1. Vorgeschichte des Jugendlichen (seit der letzten Untersuchung nach dem JArbSchG)			
1.1 Krankheiten/Behinderungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Operationen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
			wann: <input style="width: 100%;" type="text"/>
noch Beschwerden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Unfälle _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
			wann: <input style="width: 100%;" type="text"/>
noch Beschwerden/Folgen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Arbeitsunfähigkeit insgesamt _____		<input type="checkbox"/>	
	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"/>	
Kopfschmerz _____	<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

- 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 Fahr-
gemeinschaft Motor-
fahrzeug

- 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 ge-
sundheitlichen 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