

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	<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 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)	<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"/>
	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