

**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="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span>
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		<input type="checkbox"/>	
		<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"/>	

\*) 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

	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"/> unter 1	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> über 3			
	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> Fahrrad	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Fahrge-meinschaft	<input type="checkbox"/> Motor-fahrzeuge		

2.2 Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit)	<input type="text"/>
Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit)	<input type="text"/>
Wechselschicht	<input type="checkbox"/>

2.3 Welche beruflichen Arbeiten wurden bisher überwiegend ausgeführt?

\_\_\_\_\_

2.4 Sind seit Arbeitsaufnahme gesundheitliche Beschwerden aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
--	--------------------------	--------------------------	---------------

2.5 Werden die Beschwerden mit der ausgeübten Tätigkeit in Verbindung gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

2.6 Ist ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen abgesprochen worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	weshalb: _____
--	--------------------------	--------------------------	----------------

2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/Untersuchung erfolgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

2.8 Erfolgt arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(Datum)

(Unterschrift d. Personensorgeberechtigten)

(Unterschrift des Jugendlichen)

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