

Erhebungsbogen für die Nachuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

- vom Personensorgeberechtigten auszufüllen und vom 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(n), Geburtsdatum des Jugendlichen:
Straße, Hausnummer, PLZ, 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

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		<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"/>	

* Zur Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 16.10.1990 (BGBl. I S. 2221)

** Die Angaben sind freiwillig; sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässige 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"/>		
Kopfschmerzen		<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:	_____
sowie bei weiblichen Jugendlichen:						
Zyklusstörungen, Menstruationsbeschwerden		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
1.3	Zurzeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche:	_____
1.4	Zurzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Grund:	_____
1.5	Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche:	_____
1.6	Regelmäßig sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sportart:	_____
		nein	gelegentlich	täglich		
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(Stunden)		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"/>
	zu Fuß	Fahrrad	Öffentliche Verkehrsmittel	Fahrge- meinschaft	Motor- fahrzeug	
2.2	Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit)	<input type="text"/>				
	Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit)	<input type="text"/>				
	Wechselschicht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
2.3	Welche beruflichen Arbeiten wurden bisher überwiegend ausgeführt?					
<hr/>						
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 Ausbildung-/Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen 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	Erfolgten 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.