

### 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 —

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 Personenberechtigten (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                      ja  
D                              D

**1 Vorgeschichte des Jugendlichen (seit der letzten Untersuchung nach dem JArbSchG)**

- |                               |                          |                          |               |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| 1.1 Krankheiten/Behinderungen | D                        | O                        | welche: _____ |
| Operationen                   | D                        | D                        | welche: _____ |
|                               |                          |                          | wann: _____   |
| noch Beschwerden              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| Unfälle                       | <input type="checkbox"/> | O                        | welche: _____ |
|                               |                          |                          | wann: _____   |
| noch Beschwerden/Folgen       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| Arbeitsunfähigkeit insgesamt  |                          | G                        |               |
|                               |                          | D                        |               |
|                               | 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 | D                        | D |  |
| Atemnot        | D                        | n |  |
| Schwindel      | D                        | n |  |
| Ohnmacht       | <input type="checkbox"/> | a |  |

\* Die Angaben sind freiwillig; sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässige Beurteilung.  
\*\* Aus der „Ärztlichen Mitteilung“ zu entnehmen.

8051

Anlage 1 a  
(Farbe: rot)

Zutreffendes bitte  ankreuzen

	nein	unbekannt	ja
Kopfschmerz	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Übelkeit/Erbrechen</b>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Allergische Reaktionen	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hautausschläge	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
sonstige	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> welche: _____

bei weiblichen Jugendlichen:

**Zyklusstörungen**, erhebliche Menstruationsbeschwerden

	nein	gelegentlich	taglich
	<input checked="" type="checkbox"/>	<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	taglich
1.7 Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

2 **Arbeitsvorgeschichte**

2.1 Weg zur Arbeitsstätte und zurück

Dauer (Stunden)	<input checked="" type="checkbox"/> unter 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 2-3	<input checked="" type="checkbox"/> Ober 3
	<input checked="" type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> Fahrrad	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel	<input checked="" type="checkbox"/> Fahrgemeinschaft
				<input type="checkbox"/> 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.