

## Erhebungsbogen für die Nachuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

- vom Personensorgeberechtigten<sup>3</sup> auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben<sup>4</sup> dem Arzt vom Jugendlichen bei der Untersuchung vorzulegen -

UBS-ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Berufliche Tätigkeit	Arbeitgeber mit Anschrift
Name, Vorname, Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)	
Bisherige Untersuchungen (Jahr/Monat)	Name und Anschrift des Arztes

Zutreffendes bitte  ankreuzen, wenn es besteht oder „ein Verdacht auf“ existiert.

### A Vorgeschichte des Jugendlichen

#### A. 1 Krankheiten/Behinderungen:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Augenkrankheiten                 | <input type="checkbox"/> Ohrenkrankheiten           | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden   |
| <input type="checkbox"/> Asthma                           | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Krankheiten | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Knochen-Gelenk-Krankheiten       | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten            | <input type="checkbox"/> Allergien       |
| <input type="checkbox"/> andere Krankheiten/Behinderungen | welche: _____                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Operationen/Unfälle              | welche: _____                                       |  |
|   | wann: _____   |  |
|   | <input type="checkbox"/> noch Beschwerden/Folgen    |  |
|   | welche: _____                                       |  |

#### A. 2 Häufige Beschwerden (Beispiele):

- |  |                                   |   |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Husten          | <input type="checkbox"/> Atemnot  | <input type="checkbox"/> Kopfschmerz    |
| <input type="checkbox"/> Schwindel       | <input type="checkbox"/> Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Hautausschläge |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |                                   |   |

A. 3  **Zurzeit in ärztlicher Behandlung** Grund: \_\_\_\_\_

A. 4  **Regelmäßige Medikamenteneinnahme** welche: \_\_\_\_\_

A. 5 **Arbeitsunfähigkeit insgesamt**  1 bis 6 Tage  7 bis 14 Tage  mehr als 14 Tage

A. 6 **Gibt es seit Arbeitsbeginn tätigkeitsbezogene Gesundheitsstörungen?** \_\_\_\_\_

**Bitte - falls vorhanden - zur Untersuchung mitbringen:  
Impfnachweise, Sehhilfen (Brillenpass), Allergiepass, Feststellungsbescheide über Behinderungen,  
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen seit Arbeits-/Ausbildungsbeginn.**

\_\_\_\_\_  
(Datum)\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Personensorgeberechtigten)\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Jugendlichen)

<sup>3</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Erhebungsbogen das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind immer alle Geschlechter.

<sup>4</sup> Die Angaben sind freiwillig, sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässige Beurteilung.