

Erhebungsbogen für die Nachuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

– vom Personensorgeberechtigten³ auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben;⁴
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)

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

⁴ Die Angaben sind freiwillig; sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässigere Beurteilung.