

Erhebungsbogen für die Nachuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

- vom Personensorgeberechtigten³ auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben⁴ 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 zuverlässige Beurteilung.