

## Erhebungsbogen für die Nachuntersuchungen 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 zuverlässigere Beurteilung.