

Freistaat Sachsen

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 Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)
Berufliche Tätigkeit
mit Ausbildung nein ☐ ja ☐
Name und Anschrift des Arbeitgebers
Bisherige Untersuchungen nach dem JArbSchG (Jahr und Monat)**
Name und Anschrift des Arztes**

1. Familienvorgeschichte des Jugendlichen (seit der letzten Untersuchung nach dem JArbSchG)

	nein	ja	
1.1 Krankheiten/Behinderungen	☐	☐	welche: _____
Operationen	☐	☐	welche: _____
			wann: _____
noch Beschwerden	☐	☐	welche: _____
Unfälle	☐	☐	welche: _____
			wann: _____
noch Beschwerden/Folgen	☐	☐	welche: _____
Arbeitsunfähigkeit insgesamt	1-6 Tage	☐	
	7-14 Tage	☐	
	mehr als 14 Tage	☐	
1.2 Häufige Beschwerden	☐	☐	
Husten/Auswurf	☐	☐	
Atemnot	☐	☐	
Schwindel	☐	☐	
Ohnmacht	☐	☐	

* Die Angaben sind freiwillig; sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässige Beurteilung.

** Aus der „Ärztlichen Mitteilung“ zu entnehmen.

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

nein unbekannt ja

Kopfschmerzen	☐	☐	☐
Übelkeit/Erbrechen	☐		☐
Schlafstörungen	☐		☐
Allergische Reaktionen	☐		☐
Hautausschläge	☐		☐
sonstige	☐		☐

welche: _____

bei weiblichen Jugendlichen:

Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------

1.3	Zur Zeit sonstige Beschwerden	☐	☐
-----	-------------------------------	--------------------------	--------------------------

welche: _____

1.4	Zur Zeit in ärztlicher Behandlung	☐	☐
-----	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Grund: _____

1.5	Regelmäßige Medikamenteneinnahme	☐	☐
-----	----------------------------------	--------------------------	--------------------------

welche: _____

1.6	Regelmäßige sportliche Betätigung	☐	☐
-----	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Sportart: _____

nein gelegentlich täglich

1.7	Alkoholkonsum	☐	☐	☐
-----	---------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1.8	Rauchen	☐	☐	☐
-----	---------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. Arbeitsvorgeschichte

2.1 Weg zur Arbeitsstätte und zurück

Dauer (Stunden)

☐	☐	☐	☐	☐
	unter 1	1-2	2-3	über 3
☐	☐	☐	☐	☐
zu Fuß	Fahrrad	öffentliche Verkehrsmittel	Fahrge-meinschaft	Motor-fahrzeug

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?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/Untersuchung erfolgt?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

weshalb: _____

2.8 Erfolgt arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

(Datum)

(Unterschrift des Personensorgeberechtigten)

(Unterschrift des Jugendlichen)

Wichtig: Bitte unbedingt zur Untersuchung mitbringen: Impfnachweise
Falls vorhanden auch: Sehhilfen, Allergiepass, Feststellungsbescheide über Behinderungen