

# 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 oder ausfüllen.

- Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG)  
 Andere Nachuntersuchung (§§ 34, 35 oder 42 JArbSchG)

## Jugendlicher

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort:

## Personensorgeberechtigter

Name und Vorname:

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen):

Berufliche Tätigkeit des Jugendlichen:

Mit Ausbildung  ja  nein

Name des Arbeitgebers:

Anschrift des Arbeitgebers:

Bisherige Untersuchungen nach dem JArbSchG (Jahr und Monat)\*\*\*:

Name und Anschrift des Arztes\*\*\*:

nein

ja

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

- 1.1 Krankheiten/Behinderungen  nein  ja welche: \_\_\_\_\_
- Operationen  nein  ja welche: \_\_\_\_\_  
wann: \_\_\_\_\_

\* Zur Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 16.10.1990 (BGBl. I S. 2221).

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

\*\*\* Aus der „Ärztlichen Mitteilung“ zu entnehmen.

	nein	ja
noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welche: _____
Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden/Folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welche: _____
Arbeitsunfähigkeit insgesamt	1– 6 Tage <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7–14 Tage <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mehr als 14 Tage <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 1.2 Häufige Beschwerden

Husten/Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nein	unbekannt	ja
Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
sonstige	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche: _____
bei weiblichen Jugendlichen: Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

1.3 Zurzeit sonstige Beschwerden   welche: \_\_\_\_\_

1.4 Zurzeit in ärztlicher Behandlung   Grund: \_\_\_\_\_

1.5 Regelmäßige Medikamenteneinnahme   welche: \_\_\_\_\_

1.6 Regelmäßige sportliche Betätigung   Sportart: \_\_\_\_\_

	nein	gelegentlich	täglich
1.7 Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Arbeitsvorgeschichte

### 2.1 Weg zur Arbeitsstätte und zurück

Dauer (Stunden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	unter 1	1–2	2–3	über 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Fuß	Fahrrad	öffentliche Verkehrsmittel	Fahr- gemeinschaft	Motor- fahrzeug

nein                      gelegentlich                      täglich

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 ge-  
sundheitlichen Gründen abgebrochen worden?

weshalb: \_\_\_\_\_

2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/  
Untersuchung erfolgt?

2.8 Erfolgte arbeitsmedizinische  
Vorsorgeuntersuchungen?



Datum:

---

(Unterschrift d. Personensorgeberechtigten)

---

(Unterschrift des Jugendlichen)

Bitte – falls vorhanden – zur Untersuchung mitbringen: Impfnachweise, Sehhilfen, Allergiepass, Feststellungsbescheide über Behinderungen.

# Einwilligungserklärung

Wenn Sie dieses Formular ausfüllen und bei der Stadt einreichen, werden Ihre personenbezogenen Daten nur zu diesem Zweck verarbeitet.

Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten haben wir alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen. Wir halten dabei strikt EU-DSGVO und die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften.

Bitte beachten Sie auch unsere Datenschutzerklärung auf der Homepage der Stadt Pulheim (<https://www.pulheim.de>).

Ich bin damit einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Name/Unterschrift