

Kosten für ärztliche Leistungen werden vom Land Niedersachsen nur übernommen, wenn der Jugendliche bei Abschluss der ärztlichen Untersuchung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

## Anlage 1a

### Erhebungsbogen für die Nachuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

- vom Personensorgeberechtigten auszufüllen und vom ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben
- dem Arzt vom Jugendlichen bei der Untersuchung 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 <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span>
Name und Anschrift des Arbeitgebers
Bisherige Untersuchung nach dem JArbSchG ( Jahr und Monat)**
Name und Anschrift des Arztes**

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

	nein	ja	
1.1. Krankheiten / Behinderungen	†	†	
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.

## Anlage 1a

-2-

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

	nein	ja	
Kopfschmerzen	<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"/>	
<b>bei weiblichen Jugendlichen:</b>			
Zyklusstörungen, erhebliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3. Zurzeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welche: _____	
1.4. Zurzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grund: _____	
1.5. .Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welche: _____	
1.6. Regelmäßige sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Stunden)	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	Fahrge- meinschaft	Motorfahrzeug

	nein	ja
2.2. Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit)	_____	_____
Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit)	_____	_____
Wechselschicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. Welche beruflichen Tätigkeiten werden überwiegend ausgeführt?	_____	

2.4. Sind seit Arbeitsaufnahme gesundheitliche Beschwerden aufgetreten?  ja  welche: \_\_\_\_\_

2.5. Werden die Beschwerden mit der ausgeübten Tätigkeit in Verbindung gebracht?  ja  nein

2.6. Ist ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen worden?  ja  weshalb: \_\_\_\_\_

2.7. Ist deswegen eine ärztliche Beratung/ Untersuchung erfolgt?  ja  nein

2.8. Erfolgten arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift d. Personensorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Jugendlichen)

**HINWEIS:** Bitte -falls vorhanden- zur Untersuchung mitbringen:

Impfnachweise, Sehhilfen, Allergiepass, Feststellungsbescheide über Behinderungen.