

Erhebungsbogen für die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

- vom Personensorgeberechtigten auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben;
²dem Arzt vom Jugendlichen bei der Untersuchung vorzulegen -

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Beabsichtigte berufliche Tätigkeit
Name, Vorname, Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)

Zutreffendes bitte ankreuzen

männlich

weiblich

1. Familienvorgeschichte

Bei den Eltern und Geschwistern sind folgende Krankheiten/Behinderungen bekannt:

	nein	unbekannt	ja
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Krankheiten/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche:			

2. Vorgeschichte des Jugendlichen

2.1 Krankheiten/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wiederholt Mandelentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wiederholt Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasen-Nieren-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäulen-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Knochen-Gelenk-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Zur Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 26.10.1990 (BGBl. I S. 2221)

² Die Angaben sind freiwillig, sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässigere Beurteilung

Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere Krankheiten/Beschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche:				
	nein		ja	
2.2 angeborene Schäden/Behinderungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Welche:				
2.3 Operationen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Welche:		Wann:		
Noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Welche:		Wann:		
2.4 Unfälle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Welche:		Wann:		
Noch Beschwerden/Folgen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Welche:				
2.5 Häufige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
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"/>	
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	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.6 Zur Zeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Welche:				
2.7 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Grund:				
2.8 Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Welche:				
	nein	gelegentlich	ja	
2.9 Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.10 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.11 Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Andere regelmäßige sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Sportart:				

(Datum)

(Unterschrift d. Personensorgeberechtigten)

(Unterschrift des Jugendlichen)

Hinweis: Bitte - falls vorhanden - zur Untersuchung mitbringen:

Impfnachweise, Sehhilfen, Allergiepass, Feststellungsbescheide über Behinderungen