

Erhebungsbogen für die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

- vom Personensorgeberechtigten auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben, *)
der Ärztin/dem 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 Anschrift des Jugendlichen)

männlich

weiblich

Zutreffendes bitte ankreuzen nein unbekannt ja

1 Familienvorgeschichte

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

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| 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

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wiederholte 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"/> |

*) Die Angaben sind freiwillig; sie ermöglichen der Ärztin/dem Arzt eine zuverlässige Beurteilung

Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen		nein	unbekannt	ja
	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:
2.2	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:
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			
	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:			
	Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2.6	Zurzeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche:
2.7	Zurzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Grund:
2.8	Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche:
2.9	Alkoholkonsum	nein <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	täglich <input type="checkbox"/>
2.10	Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11	Teilnahme am Schulsport	nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>
	Andere regelmäßige sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sportart:

(Datum)

(Unterschrift d. Personensorgeberechtigten)

(Unterschrift d. Jugendlichen)

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