

Erhebungsbogen für die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

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

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

Zutreffendes bitte so ankreuzen oder ausfüllen.

	nein	unbekannt	ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
männlich			<input type="checkbox"/>
weiblich			<input type="checkbox"/>

1. Familiengeschichte

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	<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"/>

* 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 zuverlässige Beurteilung.

nein unbekannt ja

Herz-Kreislauf-Krankheiten

Anfallsleiden

andere Krankheiten/Behinderungen

welche:

2.2 angeborene Schäden/Behinderungen

welche:

2.3 Operationen

welche:

wann:

noch Beschwerden

welche:

2.4 Unfälle

welche:

wann:

noch Beschwerden/Folgen

welche:

2.5 Häufige Beschwerden

Husten/Auswurf

Atemnot

Schwindel

Ohnmacht

Kopfschmerzen

Übelkeit/Erbrechen

Schlafstörungen

Allergische Reaktionen

Hautausschläge

sonstige

welche:

bei weiblichen Jugendlichen:
Zyklusstörungen, erhebliche
Menstruationsbeschwerden

2.6 Zurzeit sonstige Beschwerden

welche:

2.7 Zurzeit in ärztlicher Behandlung

Grund:

2.8 Regelmäßige Medikamenteneinnahme

welche:

nein gelegentlich täglich

2.9 Alkoholkonsum

2.10 Rauchen

2.11 Uneingeschränkte Teilnahme
am Schulsport

andere regelmäßige sportliche
Betätigungen

Sportart:

Datum

Unterschrift des Personensorgeberechtigten

Unterschrift des Jugendlichen

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