

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, Geburtsdatum des Jugendlichen	Geschlecht		
	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			
Beabsichtigte berufliche Tätigkeit			
Name, Vorname, Postanschrift des Personenberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)			

1. Familienvorgeschichte (Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

	Unbekannt	Nein	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 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Unbekannt	Nein	Ja
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"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Krankheiten/Beschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

welche: _____

2.2 angeborene Schäden/Behinderungen

welche: _____

2.3 Operationen

welche: _____

wann: _____

noch Beschwerden

welche: _____

		Nein	Ja	
2.4	Unfälle	<input type="checkbox"/>		
	noch Beschwerden/Folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.5	Häufige Beschwerden			
	Husten/Auswurf	<input type="checkbox"/>		
	Atemnot	<input type="checkbox"/>		
	Schwindel	<input type="checkbox"/>		
	Ohnmacht	<input type="checkbox"/>		
	Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>		
	Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>		
	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>		
	Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>		
	Hautausschläge	<input type="checkbox"/>		
	sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
	bei weiblichen Jugendlichen			
	Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<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: _____
2.9	Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> gelegentlich		
		<input type="checkbox"/> ja		
2.10	Rauchen	<input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> gelegentlich		
		<input type="checkbox"/> ja		
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

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

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