

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

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

männlich

weiblich

nein unbekannt ja

☐ ☐ ☐

☐

☐

1 Familienvorgeschichte

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

Allergie ☐ ☐ ☐

Asthma ☐ ☐ ☐

Hautkrankheiten ☐ ☐ ☐

Zuckerkrankheit ☐ ☐ ☐

Bluthochdruck ☐ ☐ ☐

Herz-Kreislauf-Krankheiten ☐ ☐ ☐

Anfallsleiden ☐ ☐ ☐

andere Krankheiten/Behinderungen ☐ ☐ ☐

welche: _____

2 Vorgeschichte des Jugendlichen

2.1 Krankheiten/Behinderungen

Rheumatisches Fieber ☐ ☐ ☐

wiederholt Mandelentzündungen ☐ ☐ ☐

wiederholt Bronchitis ☐ ☐ ☐

Allergien ☐ ☐ ☐

Asthma ☐ ☐ ☐

Hautkrankheiten ☐ ☐ ☐

Augenkrankheiten ☐ ☐ ☐

Ohrenkrankheiten ☐ ☐ ☐

Magen-Darm-Krankheiten ☐ ☐ ☐

Blasen-Nieren-Krankheiten ☐ ☐ ☐

Wirbelsäulen-Krankheiten ☐ ☐ ☐

andere Knochen-Gelenk-Krankheiten ☐ ☐ ☐

Zuckerkrankheit ☐ ☐ ☐

*Die Angaben sind freiwillig; sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässigere Beurteilung.

	nein	unbekannt	ja	
Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen	☐	☐	☐	
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	☐		☐	
Kopfschmerz	☐		☐	
Übelkeit/Erbrechen	☐		☐	
Schlafstörungen	☐		☐	
Allergische Reaktionen	☐		☐	
Hautausschläge	☐		☐	
sonstige	☐		☐	welche: _____
bei weiblichen Jugendlichen:				
Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	☐		☐	
2.6 Zur Zeit sonstige Beschwerden	☐		☐	welche: _____
2.7 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung	☐		☐	Grund: _____
2.8 Regelmäßige Medikamenteneinnahme	☐		☐	welche: _____
		nein	gelegentlich	täglich
2.9 Alkoholkonsum	☐	☐	☐	
2.10 Rauchen	☐	☐	☐	
		nein		ja
2.11 Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport	☐	☐	☐	
Andere regelmäßige sportliche Betätigung	☐		☐	Sportart: _____

(Datum)

(Unterschrift d. Personensorgeberechtigten)

(Unterschrift des Jugendlichen)

Hinweis: Bitte – falls vorhanden – zur Untersuchung mitbringen:

Impfnachweise, Sehhilfen, Allergiepaß, Feststellungsbescheide über Behinderungen.