

Erhebungsbogen für die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

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

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

nein unbekannt ja

Zutreffendes bitte H ankreuzen G G G

männlich

O

1 Familiengeschichte

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

Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	Q	G	Q
Hautkrankheiten	Q	G	Q
Zuckerkrankheit	Q	Q	Q
Bluthochdruck	Q	Q	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Krankheiten	G	G	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	Q	Q	Q
andere Krankheiten/Behinderungen	Q	G	Q

welche: _____

2 Vorgeschichte des Jugendlichen

2.1 Krankheiten/Behinderungen

Rheumatisches Reber	G	G	Q
wiederholt Mandelentzündungen	G	G	G
wiederholt Bronchitis	Q	Q	Q
Allergien	Q	Q	Q
Asthma	Q	Q	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	Q	Q	Q
Augenkrankheiten	G	G	Q
Ohrenkrankheiten	Q	Q	Q
Magen-Darm-Krankheiten	G	G	G
Blasen-Nieren-Krankheiten	G	G	G
Wirbelsäulen-Krankheiten	G	G	G
andere Knochen-Gelenk-Krankheiten	G	G	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	Q	Q	Q

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

8051

Zutreffendes bitte 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"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.3 Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.4 Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden/Folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.5 Häufige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Husten/Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
bei weiblichen Jugendlichen :				
Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6 Zur Zeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.7 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grund: _____
2.8 Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
	nein gelegentlich täglich			
2.9 Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.10 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nein	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 dm Jugendlichen)

Hinweis: Bitte — falls vorhanden — zur **Untersuchung** mitbringen:
 Impfnachweise, Sehhilfen, AllergiepaB, **Feststellungsbescheide** Ober Behinderungen.