

Erhebungsbogen für die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

– vom Personensorgeberechtigten¹ auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben;²
dem Arzt vom Jugendlichen bei der Untersuchung vorzulegen –

UBS-ID	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
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, wenn es besteht oder „ein Verdacht auf“ existiert.

A Vorgeschichte des Jugendlichen

A.1 Krankheiten/Behinderungen:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Augenkrankheiten | ☐ Ohrenkrankheiten | ☐ Anfallsleiden |
| ☐ Asthma | ☐ Herz-Kreislauf-Krankheiten | ☐ Zuckerkrankheit |
| ☐ Knochen-Gelenk-Krankheiten | ☐ Hautkrankheiten | ☐ Allergien |
| ☐ andere Krankheiten/Behinderungen | welche: _____ | |
| ☐ Operationen/Unfälle | welche: _____ | |
| | wann: _____ | |
| | ☐ noch Beschwerden/Folgen | |
| | welche: _____ | |

A.2 Häufige Beschwerden (Beispiele):

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| ☐ Husten | ☐ Atemnot | ☐ Kopfschmerz |
| ☐ Schwindel | ☐ Ohnmacht | ☐ Hautausschläge |
| ☐ Sonstige: _____ | | |

A.3 ☐ **Zurzeit in ärztlicher Behandlung** Grund: _____

A.4 ☐ **Regelmäßige Medikamenteneinnahme** welche: _____

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

(Datum)

(Unterschrift des Personensorgeberechtigten)

(Unterschrift des Jugendlichen)

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Erhebungsbogen das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind immer alle Geschlechter.

² Die Angaben sind freiwillig; sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässigere Beurteilung.