

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)

	nein	unbekannt	ja
Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen	☐	☐	☐
männlich			☐
weiblich			☐

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 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	☐	☐	☐	
	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.