

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

männlich
weiblich

1. Familienvorgeschichte

nein unbekannt ja

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

| | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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-Kreislauferkrankungen | <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

2.1 Krankheiten/Behinderungen

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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-Kreislauferkrankungen | <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:

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

| | | | | |
|------|--|--------------------------|--------------------------|---|
| | | nein | ja | |
| 2.2 | angeborene Schäden/Behinderungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 2.3 | Operationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| | | | | wann: <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| | noch Beschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 2.4 | Unfälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| | | | | wann: <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| | noch Beschwerden/Folgen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 2.5 | Häufige Beschwerden | | | |
| | Husten/Auswurf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Atemnot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Schwindel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Ohnmacht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Übelkeit/Erbrechen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Allergische Reaktionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Hautausschläge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | sonstige | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| | bei weiblichen Jugendlichen: | | | |
| | Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2.6 | Zur Zeit sonstige Beschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 2.7 | Zur Zeit in ärztlicher Behandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grund: <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 2.8 | Regelmäßige Medikamenteneinnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| | | 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: <input style="width: 100%;" type="text"/> |

Datum

Unterschrift d. Personensorgeberechtigten

Unterschrift des Jugendlichen

Hinweis: Bitte – falls vorhanden – zur Untersuchung mitbringen:
Impfnachweise, Sehhilfen, Allergiepass, Feststellungsbescheide über Behinderungen