

# 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 <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
männlich			<input type="checkbox"/>
weiblich			<input type="checkbox"/>

## 1. Familienvorgeschichte

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-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. Vorgeschichte des Jugendlichen

2.1 Krankheiten/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

---

\*) Die Angaben sind freiwillig, sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässigere Beurteilung

	nein	unbekannt	ja
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Krankheiten/Beschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> welche: _____
2.2 angeborene Schäden/Behinderungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche: _____
2.3 Operationen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche: _____
2.4 Unfälle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden/Folgen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche: _____
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: _____
<b>bei weiblichen Jugendlichen</b>			
Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2.6 Zur Zeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche: _____
2.7 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Grund: _____
2.8 Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> welche: _____
	nein	gelegentlich	ja
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: _____

**Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass die oben bezeichnete Untersuchung von keinem anderen Arzt vorgenommen worden ist**

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift d. Personensorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Jugendlichen)

**Hinweis:** Bitte **unbedingt** zur Untersuchung mitbringen: Impfnachweise  
Falls vorhanden auch: Sehhilfen, Allergiepass, Feststellungsbescheide über Behinderungen