

**Erhebungsbogen für die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz  
(JArbSchG)**

vom Personensorgeberechtigten<sup>1</sup> auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben<sup>2</sup>;  
dem Arzt vom Jugendlichen bei der Untersuchung vorzulegen  
**- zum Verbleib beim untersuchenden Arzt -**

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:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Augenkrankheiten                 | <input type="checkbox"/> Ohrenkrankheiten           | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden   |
| <input type="checkbox"/> Asthma                           | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Krankheiten | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Knochen-Gelenk-Krankheiten       | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten            | <input type="checkbox"/> Allergien       |
| <input type="checkbox"/> andere Krankheiten/Behinderungen | welche: _____                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Operationen/Unfälle              | welche: _____                                       |  |
|   | wann: _____   |  |
|   | <input type="checkbox"/> noch Beschwerden/Folgen    |  |
|   | welche: _____                                       |  |

**A.2 Häufige Beschwerden (Beispiele):**

- |  |                                   |   |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Husten          | <input type="checkbox"/> Atemnot  | <input type="checkbox"/> Kopfschmerz    |
| <input type="checkbox"/> Schwindel       | <input type="checkbox"/> Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Hautausschläge |
| <input type="checkbox"/> 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)

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

<sup>2</sup> Die Angaben sind freiwillig; sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässigere Beurteilung.