

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> </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:

- | | | |
|---|---|--|
| <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)

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.