

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

Zutreffendes bitte so  ankreuzen oder ausfüllen.

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

## 1. Familiengeschichte

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

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"/>

\* Zur Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 16.10.1990 (BGBl. I S. 2221)

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

nein                      unbekannt                      ja

Herz-Kreislauf-Krankheiten

                                          

Anfallsleiden

                                          

andere Krankheiten/Behinderungen

                                          

2.2 angeborene Schäden/Behinderungen

                                          

2.3 Operationen

                                          

noch Beschwerden

                                          

2.4 Unfälle

                                          

noch Beschwerden/Folgen

                                          

2.5 Häufige Beschwerden

Husten/Auswurf

                                          

Atemnot

                                          

Schwindel

                                          

Ohnmacht

                                          

Kopfschmerzen

                                          

Übelkeit/Erbrechen

                                          

Schlafstörungen

                                          

Allergische Reaktionen

                                          

Hautausschläge

                                          

sonstige

                                          

bei weiblichen Jugendlichen:  
Zyklusstörungen, erhebliche  
Menstruationsbeschwerden

                                          

2.6 zurzeit sonstige Beschwerden

                                          

2.7 zurzeit in ärztlicher Behandlung

                                          

2.8 Regelmäßige Medikamenteneinnahme

                                          

nein                      gelegentlich                      täglich

2.9 Alkoholkonsum

                                          

2.10 Rauchen

                                          

2.11 Uneingeschränkte Teilnahme  
am Schulsport

                                          

andere regelmäßige sportliche  
Betätigungen

                                          

welche:

welche:

welche:

wann:

welche:

welche:

wann:

welche:

welche:

welche:

Grund:

welche:

Sportart:

Datum

Unterschrift des Personensorgeberechtigten

Unterschrift des Jugendlichen

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