

Erhebungsbogen für die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

- vom Personensorgeberechtigten auszufüllen und vom 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	<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"/>

* 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	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input type="text"/>
2.2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: <input type="text"/>
2.3	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	wann: <input type="text"/>
2.4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	wann: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: <input type="text"/>
2.5	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.6	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2.7	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2.8	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.11	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sportart: <input type="text"/>

Datum

Unterschrift d. Personensorgeberechtigten

Unterschrift des Jugendlichen

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