



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, Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)

Zutreffendes bitte so **X** ankreuzen oder ausfüllen.

männlich weiblich

	nein	unbekannt	ja	
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"/>	welche:
2.2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche:
2.3	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: wann:
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche:
2.4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: wann:
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche:
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"/>	welche:
				sowie bei weiblichen Jugendlichen
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.6	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche:
2.7	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.8	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche:
	nein	gelegentlich	täglich	
2.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nein		ja	
2.11	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sportart:

_____ **X** _____
 Datum Unterschrift des Personensorgeberechtigten

_____ **X** _____
 Unterschrift des Jugendlichen

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