

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="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></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.