

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

männlich

weiblich

1. Familienvorgeschichte nein unbekannt ja

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-Kreislauferkrankungen	<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: <input style="width: 200px;" type="text"/>

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"/>	
Herz-Kreislauferkrankungen	<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: <input style="width: 200px;" type="text"/>

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

Landratsamt Neu-Ulm

© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH
JArbSchUV-001-DE-FL - Anlage 1

		nein	ja	
2.2	angeborene Schäden/Behinderungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
2.3	Operationen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
				wann: <input style="width: 100%;" type="text"/>
	noch Beschwerden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
2.4	Unfälle _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
				wann: <input style="width: 100%;" type="text"/>
	noch Beschwerden/Folgen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
2.5	Häufige Beschwerden			
	Husten/Auswurf _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Atemnot _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Schwindel _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ohnmacht _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kopfschmerz _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Übelkeit/Erbrechen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Schlafstörungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Allergische Reaktionen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hautausschläge _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sonstige _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
	bei weiblichen Jugendlichen:			
	Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6	Zur Zeit sonstige Beschwerden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
2.7	Zur Zeit in ärztlicher Behandlung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grund: <input style="width: 100%;" type="text"/>
2.8	Regelmäßige Medikamenteneinnahme _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input style="width: 100%;" type="text"/>
		nein	gelegentlich	täglich
2.9	Alkoholkonsum _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10	Rauchen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		nein	ja	
2.11	Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Andere regelmäßige sportliche Betätigung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sportart: <input style="width: 100%;" type="text"/>

Datum

Unterschrift d. Personensorgeberechtigten

Unterschrift des Jugendlichen

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