

# Freistaat Sachsen

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

	nein	unbekannt	ja
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
männlich			<input type="checkbox"/>
weiblich			<input type="checkbox"/>

### 1. Familienvorgeschichte

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"/>

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

nein unbekannt ja

Zutreffendes bitte  ankreuzen

	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: _____
2.2	angeborene Schäden/Behinderungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.3	Operationen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
					wann: _____
	noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.4	Unfälle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
					wann: _____
	noch Beschwerden/Folgen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.5	Häufige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	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: _____
	<b>bei weiblichen Jugendlichen:</b> Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2.6	Zur Zeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.7	Zur Zeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Grund: _____
2.8	Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	welche: _____
		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"/>	

(Datum)

(Unterschrift des Personensorgeberechtigten)

(Unterschrift des Jugendlichen)

**Wichtig:** Bitte unbedingt zur Untersuchung mitbringen: Impfnachweise  
Falls vorhanden auch: Sehhilfen, Allergiepass, Feststellungsbescheide über Behinderungen