

Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Stempel des Arztes

Tag der Untersuchung

Untersuchungsbogen

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

| |
|--|
| 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 ankreuzen

Erhebungsbogen liegt vor

Alter des Jugendlichen (Jahre)

männlich

weiblich

Die Anamnese ist vom untersuchenden Arzt zu erheben!

1 Familienvorgeschichte

auffällig

Bei den Eltern und Geschwistern sind folgende Krankheiten/Behinderungen bekannt:

Allergie

Asthma

Hautkrankheiten

Zuckerkrankheit

Bluthochdruck

Herz-Kreislauf-Krankheiten

Anfallsleiden

andere Krankheiten welche: _____

2 Krankheitsvorgeschichte des Jugendlichen

auffällig

2.1 Krankheiten/Behinderungen

Erläuterungen (Häufigkeit; Zeitpunkt; Diagnosen)

Rheumatisches Fieber _____

wiederholt Mandelentzündungen _____

wiederholt Bronchitis _____

Allergien _____

Asthma _____

| | nein | unbekannt | ja | Erläuterungen (Häufigkeit; Zeitpunkt; Diagnosen) |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen | <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-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 | | | | |
| 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: _____ |
| bei weiblichen Jugendlichen: Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 2.6 Zurzeit sonstige Beschwerden | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| 2.7 Zurzeit in ärztlicher Behandlung | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Grund: _____ |
| 2.8 Zurzeit eingenommene Medikamente | <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"/> | |
| 2.11 Drogen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| | nein | | ja | |
| 2.12 Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Andere regelmäßige sportliche Betätigung | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Sportart: _____ |