# [**Jugend­schutz­untersuchung Formular**](https://formularpdf.de/jugendschutzuntersuchung/)

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_ Formularnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_

Patientendaten

Name des Patienten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_//

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Daten des Elternteils oder des gesetzlichen Vormunds

Name des Elternteils/Vormunds: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Elternteils/Vormunds: \_\_\_\_\_//

Adresse des Elternteils/Vormunds: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer des Elternteils/Vormunds: \_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medizinische Vorgeschichte

Hat der Patient in der Vergangenheit eine schwerwiegende Erkrankung gehabt? \_\_\_\_\_\_\_\_

(Wenn die Antwort Ja lautet, geben Sie bitte Einzelheiten an)

Nimmt der Patient derzeit Medikamente ein? \_\_\_\_\_\_\_\_

(Wenn die Antwort Ja lautet, geben Sie bitte Einzelheiten an)

Hat der Patient in der Vergangenheit eine Operation gehabt? \_\_\_\_\_\_\_\_

(Wenn die Antwort Ja lautet, geben Sie bitte Einzelheiten an)

Körperliche Untersuchung

Aktuelles Gewicht des Patienten: \_\_\_\_\_\_\_\_ kg

Aktuelle Größe des Patienten: \_\_\_\_\_\_\_\_ cm

Impfüberprüfung

Ist der Patient gemäß dem Impfplan auf dem neuesten Stand? \_\_\_\_\_\_\_\_

(Wenn die Antwort Nein lautet, geben Sie bitte Einzelheiten an)

Entwicklungsüberprüfung

Wie würden Sie

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*Empfehlungen\*\*

9. Gibt es zusätzliche medizinische Empfehlungen oder Versorgungsrichtlinien für den Patienten? \_\_\_\_\_\_\_\_

(Wenn die Antwort Ja lautet, geben Sie bitte Einzelheiten an)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_