

## Freiwillige kostenlose schulärztliche Untersuchung der Berufsschülerinnen/Berufsschüler



Auszubildende haben aufgrund eidgenössischer und kantonaler gesetzlicher Bestimmungen das Anrecht auf eine kostenlose ärztliche Untersuchung oder Beratung, insbesondere zu arbeitsmedizinischen Fragen. Sie können diese bei der zuständigen Schulärztin oder beim zuständigen Schularzt in Anspruch nehmen.

Bei der Untersuchung wird die Schulärztin/der Schularzt den Impfausweis kontrollieren und sie/er kann die nötigen Impfungen durchführen (nicht kostenlos!).

Die Schulärztin/der Schularzt:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

### Lehrstelle bzw. Schule

Name \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

### Aktuelle Beschwerden

	Ja	Nein		Ja	Nein
<i>Asthma</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>hoher Blutdruck</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Heuschnupfen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>niedriger Blutdruck</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Rückenschmerzen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>(Schwindel, Ohnmacht)</i>		
<i>(wenn ja, beschreiben)</i>			<i>Kopfschmerzen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Gewichtsprobleme</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>(mehr als 1mal/Woche)</i>		
<i>Verdauungsbeschwerden</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Epilepsie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Probleme mit den schulischen</i>			<i>Haut</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Anforderungen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Probleme mit der/dem</i>		
<i>Anderes (Beschwerden beschreiben)</i>			<i>Lehrmeisterin/Lehrmeister</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

---

### Frühere Beschwerden

	Ja	Nein		Ja	Nein
<i>Epilepsie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Asthma</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Schädel-Hirn-Trauma</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Heuschnupfen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Lähmungen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Ekzem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Diabetes (Zuckerkrankheit)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Nesselfieber</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>hoher Blutdruck</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>andere Allergien:</i> _____		

*Anderes (schwere Erkrankungen, Spitalaufenthalte, Operationen, Unfälle, Bruchleiden [Hernien])*

---

---

---

### Gewohnheiten

	Ja	Nein		Ja	Nein
<i>Rauchen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Medikamente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

was/wie viel: \_\_\_\_\_

welche: \_\_\_\_\_

seit wie vielen Jahren: \_\_\_\_\_

### Alkohol

<i>Abstinenz</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>nicht täglich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>täglich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Sport

<i>regelmässig</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sportarten:</i>		

---

*Drogen*    
welche: \_\_\_\_\_

---

Stehen die Beschwerden im Zusammenhang mit der Arbeitstätigkeit/-belastung ?