



Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Gesundheitsamt
Kantonsärztlicher Dienst

Schulärztlicher Dienst

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

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> _____		
<i>Anderes (schwere Erkrankungen, Spitalaufenthalte, Operationen, Unfälle, Bruchleiden [Hernien])</i>					

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: _____					
<i>Alkohol</i>			<i>Sport</i>		
Abstinenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	regelmässig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sportarten: _____		
täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
<i>Drogen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
welche: _____					

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