

**Kanton Bern
Canton de Berne**

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 Anforderungen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Probleme mit der/dem 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> _____		

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: _____					
<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?