

# ANHANG 11

## Vorgaben für die Berufsschulen

Treten innerhalb der ersten 6 Monate der Berufslehre medizinische Probleme auf, soll die Berufsschülerin/der Berufsschüler die Möglichkeit haben, sich von einer Schulärztin/einem Schularzt untersuchen zu lassen.

## Fragebogen über die schulärztliche Untersuchung der Berufsschülerinnen und Berufsschüler

Die schulärztliche Untersuchung mit Schwerpunkt auf arbeitsmedizinische Aspekte hat folgenden Inhalt:

- ➔ Erhebung der Krankengeschichte anhand eines von den Jugendlichen ausgefüllten Fragebogens.
- ➔ Kontrolle des Impfstatus, allenfalls Empfehlung von Impfungen
- ➔ Untersuchungen der Augen und des Gehörs
- ➔ Messung des Blutdruckes in Hinblick auf hohen Blutdruck
- ➔ durch den Beruf angezeigte Untersuchungen (z.B. Wirbelsäule, Beine, Füsse, Nervensystem, Haut)

Die Untersuchung kann entweder durch die Hausärztin/den Hausarzt zu Lasten der/des Untersuchten oder durch eine/einen von der Suva bezeichnete(n) Ärztin/Arzt durchgeführt werden. Der Jugendliche lässt sich die Untersuchung durch die/den Hausärztin/Hausarzt oder den von der SUVA bezeichneten Arzt zuhanden des Schularztes/der Schulärztin bestätigen.

Die Schulärztin/der Schularzt kann bei arbeitsmedizinisch bedeutsamen Befunden weitere Untersuchungen anordnen.

Anlässlich der Untersuchung kann die Schulärztin bzw. der Schularzt mit schriftlicher Einwilligung der Berufsschülerin bzw. des Berufsschülers auf deren bzw. dessen Kosten die nötigen Impfungen durchführen.

Neben der schulärztlichen Untersuchung kann die Schulärztin bzw. der Schularzt auf Wunsch weitere körperliche Untersuchungen vornehmen oder bei Problemen beraten.

Vorgesehener Termin der schulärztlichen  
Untersuchung durch die Schulärztin/  
den Schularzt

Die Schulärztin/der Schularzt

---

---

# Wird von der Schülerin oder vom Schüler ausgefüllt

## Personalien

Name	_____	Geburtsdatum	_____
Vorname	_____	PLZ/Ort	_____
Strasse	_____	Ausbildungsziel	_____
Telefon	_____	Schulbildung	_____

---

## Lehrstelle bzw. Schule

## Hausärztin/Hausarzt

Name	_____	_____
Ort	_____	_____

---

## 1. Frühere Beschwerden

	Ja	Nein		Ja	Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ekzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nesselfieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere (schwere Erkrankungen, Spitalaufenthalte, Operationen, Unfälle, Bruchleiden (Hernien):

---

---

## 2. Aktuelle Beschwerden

<i>Atemsystem</i>	Ja	Nein	<i>Kreislaufsystem</i>	Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	niedriger Blutdruck (Schwindel, Ohnmacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere:

---

---

<i>Bewegungsapparat</i>	Ja	Nein	<i>Nervensystem</i>	Ja	Nein
Rückenschmerzen (beschreiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen (mehr als einmal/Woche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere:

---



---

	Ja	Nein		Ja	Nein
Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschreiben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Andere:

---



---

### 3. Gewohnheiten

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

was/wieviel: \_\_\_\_\_

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

seit wievielen Jahren: \_\_\_\_\_

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

Drogen

\_\_\_\_\_

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

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

Ort und Datum:

Unterschrift der Berufsschülerin/des Berufsschülers

---



---

# Wird von der Ärztin oder vom Arzt ausgefüllt

## Status

Grösse: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Blutdruck: liegend \_\_\_\_\_ mmHg

stehend \_\_\_\_\_ mmHg

Puls: \_\_\_\_\_

## Haut

Ekzem  Ja  Nein

Anderes: \_\_\_\_\_

## Nervensystem

Tremor  Ja  Nein

neurovegetative Dystonie

eventuelle Bemerkungen zur Psyche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Bewegungsapparat

Anomalien der Wirbelsäule: \_\_\_\_\_  
(beschreiben)

\_\_\_\_\_

Anomalien der Extremitäten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Gehör und Visus

Brille  Ja  Nein

Kontaktlinsen

Farbfehlsichtigkeit

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

Sehschärfe rechts \_\_\_\_\_  
korrigiert bei 5/6 m

links \_\_\_\_\_

Audiometrie rechts \_\_\_\_\_

links \_\_\_\_\_

## Impfstatus

Impfung	Jahr der Grundimmunisierung Anzahl Impfungen	Datum der letzten Impfung	Impfung	Datum
---------	---	------------------------------	---------	-------

Di-Te	_____	_____	Masern	_____
-------	-------	-------	--------	-------

Polio	_____	_____	Mumps	_____
-------	-------	-------	-------	-------

Hib	_____	_____	Röteln	_____
-----	-------	-------	--------	-------

			BCG	_____
--	--	--	-----	-------

