

Persönlichkeits-Pass aus der Sicht der Berufswahlbegleiter



Fremdeinschätzung für _____ Datum: _____

	++	+	0	+	++	
<i>Er/sie ist gern im Freien.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Er/sie ist gern in Räumen.</i>
<i>Si/er ist gern bald da – bald dort.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si/er ist gern am gleichen Ort.</i>
<i>Er/sie bevorzugt harte Materialien.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Er/sie bevorzugt weiche Materialien.</i>
<i>Si/er bevorzugt den Umgang mit Menschen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si/er bevorzugt den Umgang mit Sachen.</i>
<i>Er/sie bevorzugt den Umgang mit Tieren.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Er/sie bevorzugt den Umgang mit Pflanzen.</i>
<i>Si/er bevorzugt wechselnde Kontakte.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si/er bevorzugt intensive Kontakte.</i>
<i>Er/sie ist kommunikativ.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Er/sie ist zurückhaltend.</i>
<i>Si/er ist technisch orientiert.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si/er ist künstlerisch orientiert.</i>
<i>Er/sie arbeitet gern grosszügig.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Er/sie arbeitet gern genau.</i>
<i>Si/er hat eine robuste Gesundheit.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si/er hat eine schwache Gesundheit.</i>
<i>Er/sie geht gern in die Schule.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Er/sie geht ungern in die Schule.</i>
<i>Si/er bevorzugt den Umgang mit Zahlen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si/er bevorzugt den Umgang mit Sprachen.</i>
<i>Er/sie braucht viel Bewegung.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Er/sie braucht wenig Bewegung.</i>
<i>Si/er arbeitet gern mit den Händen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si/er arbeitet gern mit dem Kopf.</i>

Ihre/seine speziellen Fähigkeiten



Ausgefüllt von: Mutter Vater Schwester/Bruder Onkel/Tante
 Freund/in Mitschüler/in _____