

Umfang und Inhalt der obligatorischen schulärztlichen Untersuchungen

- | | |
|---|--|
| Jahr vor der Einschulung
(im letzten Kindergarten-
jahr bzw. im Jahr vor
dem Eintritt in die 1.
Klasse) | <ul style="list-style-type: none">- Grösse- Gewicht- Visus (Sehkraft)- Gehör- intermedizinscher Status- Bewegungsapparat- Kontrolle Impfstatus, Durchführung von Impfungen (im Einverständnis der Eltern/Erziehungsberechtigten) |
| 4. Schuljahr | <ul style="list-style-type: none">- Grösse- Gewicht- Visus, Farbsehen- Gehör- Bewegungsapparat- Kontrolle Impfstatus, Durchführung von Impfungen (im Einverständnis der Eltern/Erziehungsberechtigten) |
| 8. Schuljahr | <ul style="list-style-type: none">- Grösse- Gewicht- Visus- Gehör- Blutdruck- Kontrolle Impfstatus, Durchführung von Impfungen (im Einverständnis der Eltern/Erziehungsberechtigten)- Individuelles Beratungsgespräch |

✂.....✂.....✂

Bestätigung der Privatärztin/des Privatarztes über die schulärztliche Untersuchung, die wie oben beschrieben durchzuführen ist:*

Hiermit bestätige ich, dass ich die obligatorische schulärztliche Untersuchung bei

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Klasse: _____ Schulhaus: _____

Name/Vorname der Eltern: _____

Adresse: _____

☐ durchgeführt habe oder ☐ am _____ durchführen werde.

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift
der Privatärztin/des Privatarztes:

* Eine Woche vor der schulärztlichen Untersuchung der Schule zukommen lassen.