



## Rückmeldeformular: Bestätigung der Privatärztin/des Privatarztes über die Untersuchung im Rahmen der obligatorischen ärztlichen Gesundheitsvorsorge auf der Kindergartenstufe

(ausgefüllt zuhanden der Schulverwaltung schicken)

Name des Kindes: .....

Vorname des Kindes: .....

Geburtsdatum: .....

Kindergarten/Lehrperson: .....

Schulhaus: .....

Name / Vorname der Eltern / Erziehungsberechtigten:

.....

Adresse: .....

durchgeführt am: .....  wird durchgeführt am: .....

**Folgende schulrelevante Gesundheitsindikatoren wurden von der Privatärztin / vom Privatarzt untersucht (bitte entsprechendes ankreuzen):**

**Entwicklungsstand:**

altersentsprechend       nicht altersentsprechend

**Sehen:**

unauffällig       auffällig mit Kontrolle       Brillenrezept / Anweisung für Unterricht

**Hören:**

unauffällig       auffällig mit Kontrolle       Behandlung / Anweisung für Unterricht

**Schulrelevante Befunde sind mit Einverständnis der Eltern der Schule bzw. der Lehrperson zu melden und sie zum richtigen Umgang anzuweisen.**

Ort und Datum:

.....

Stempel und Unterschrift der Privatärztin/des  
Privatarztes

**Wahlmöglichkeit ärztliche Gesundheitsvorsorge direkt bei der Schulärztin / beim Schularzt**

die obligatorische Untersuchung soll bei der Schulärztin / beim Schularzt stattfinden

(Nur die Personalien des Kindes und der Eltern ausfüllen und das Formular der Schulverwaltung zu-  
senden)



## Befundformular der Privatärztin / des Privatarztes zuhanden der Schulärztin / des Schularztes

(ausgefüllt an die Schulverwaltung mit Vermerk „zuhanden Schulärztin / Schularzt“ schicken)

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Kiga/Lehrperson: .....

Schulhaus: .....

Adresse:.....

Name / Vorname der El- .....

Angaben zur Untersuchung  
(mit Einverständnis der Eltern)

Bemerkungen/Resultate:

	Ja	Nein		
Es wurde untersucht:				
Länge und Gewicht			cm	kg
Visus			Re	Li
Stereoskopes Sehen (3-D-Sehen)				
Gehör mit Audiometrie				
Beurteilung Entwicklungsstand				
Motorik/Sprache				

	Ja	Nein		Ja	Nein
Impfstatus kontrolliert			Impfschutz MMR vollständig		
Impfschutz Di/Te/Per/Polio vollständig			Hepatitis B		
Varizellen			Andere Impfungen		

Folgende Impfungen wurden durchgeführt:

2. MMR      Di/Te/Per/IPV  
 andere: .....

Ort, Datum:

.....

Stempel und Unterschrift der Privatärztin / des Privatarztes