

Schulärztliche Untersuchung: Kindergarten / 5. Primarklasse / 2. Sekundarklasse

Schulisch relevante anamnestische Daten

Vorname des Kindes

Name des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Lehrperson

Schulhaus

Vorname / Name der Eltern/Erziehungsberechtigten

Adresse

Telefon und E-Mail

Datum der schulärztlichen Untersuchung

Früher durchgemachte Krankheiten

Masern nein ja, in welchem Alter?

Mumps nein ja, in welchem Alter?

Röteln nein ja, in welchem Alter?

Windpocken (spitze Blattern) nein ja, in welchem Alter?

Keuchhusten nein ja, in welchem Alter?

Scharlach nein ja, in welchem Alter?

Häufige Mittelohrentzündung nein ja, in welchem Alter?

Bei Vorsorgeuntersuchung im Kindergarten

Freies Gehen in welchem Alter?

Sprechen ab welchem Alter?

Jetziger Gesundheitszustand

Chronische Krankheiten? Wenn ja, welche? Seit wann?

.....

Folgekomplikationen infolge eines Unfalls? Wenn ja, welche? Seit wann?

.....

Vorname und Name Kinderärztin/Kinderarzt bzw. Hausärztin/Hausarzt?

.....

Kindergarten: Therapien vor dem Kindergarteneintritt (z.B. Logopädie, Früherziehung, Ergotherapie, Spieltherapie usw.)? Wenn ja, welche? Seit wann?

.....

Folgende bekannte Beschwerden

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Nervosität |
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Hautleiden | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenleiden | <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislaufleiden | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Traurigkeit |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Wutausbrüche |

Weitere Gesundheitsinformationen

Andere gesundheitliche Probleme oder Beschwerden? Wenn ja, welche? Seit wann?

.....
.....
.....

Aktuell in ärztlicher Behandlung? In Therapie? Wenn ja, weshalb? Bei wem?

.....
.....
.....

Medikamente

.....
.....
.....

Zusätzlich gewünschte Untersuchungen von der Schulärztin / vom Schularzt

.....
.....
.....

Fragen an die Schulärztin / den Schularzt

.....
.....
.....

Weitere schulärztliche Notizen/Beobachtungen

.....
.....
.....

Ergänzungen

.....
.....
.....
.....
.....

Befundformular

Länge cm / Perzentile

Gewicht kg / Perzentile

BMI

Mittel- & Oberstufe: Rücken / Haltung (fakultativ): auffällig unauffällig

Oberstufe: Blutdruck /

Fernvisus Re / Li

Farbsehen: auffällig unauffällig

Stereoskopes Sehen (3-D-Sehen): auffällig unauffällig

Gehör mit Audiometrie:

Rechts auffällig unauffällig

Hörpegel in dB	Frequenz 0.5 kHz	Frequenz 1 kHz	Frequenz 2 kHz	Frequenz 4 kHz	Frequenz 6 kHz	Frequenz 8 kHz
20						
30						
40						
50						
60						
> 60						

Links auffällig unauffällig

Hörpegel in dB	Frequenz 0.5 kHz	Frequenz 1 kHz	Frequenz 2 kHz	Frequenz 4 kHz	Frequenz 6 kHz	Frequenz 8 kHz
20						
30						
40						
50						
60						
> 60						

Entwicklungsbeurteilung im Kindergartenalter

Motorik

Sprache

Beurteilung psychomotorische Entwicklung: auffällig unauffällig

Impfungen

Impfstatus kontrolliert

Impfschutz Di/Te/Per/Polio vollständig

Varizellen durchgemacht / geimpft

Impfschutz MMR vollständig

Hepatitis B vollständig

HPV vollständig

FSME vollständig

Meningokokken vollständig (B ACWY)

Andere Impfungen

Beurteilung

Die Ergebnisse der Untersuchung sind unauffällig auffällig

Folgende Kontrollen, Abklärungen, Behandlungen sollten die Eltern/Erziehungsberechtigten beim Privatarzt weiter abklären. Diese sind nötig für/bei:

Grösse/Wachstum Gewicht Sehkraft Gehör

verstecktes Schielen Entwicklung Rücken Impfungen

anderes

Information an Privatarzt erfolgte am