

Dienststelle Gesundheit und Sport

**„Persönliche Impfkontrolle“**

Untenstehende Personalien sind vollständig auszufüllen:

**Schülerin/Schüler**

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_

Schulhaus/-Ort \_\_\_\_\_

**Eltern/Erziehungsberechtigte**

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse (Bitte durch Eltern ausfüllen!) \_\_\_\_\_

Basisimpfungen gemäss Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) sind zuerst durch die Schulärztin/den Schularzt und danach durch die Eltern/Erziehungsberechtigten anzukreuzen:

<b>Schulärztin/Schularzt Impfung gegen</b> (Bitte berücksichtigen Sie die Impfstoffverfügbarkeit)	<b>Empfehlung Schulärztin/ Schularzt</b>	<b>Impfung durch- geführt am</b>	<b>Einverständnis Eltern</b> Impfung durch Schulärztin/Schularzt erwünscht
Momentan keine Impfung notwendig	<input type="checkbox"/>		
Diphtherie, Starrkrampf	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Diphtherie, Starrkrampf, Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten, Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Masern, Mumps, Röteln	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Varizellen (Spitze Blattern)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Kommentar Schulärztin/Schularzt für Eltern zu den Impfungen:

Ihre Schulärztin / Ihr Schularzt führt diese Impfungen wie folgt durch:

Datum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Weitere Impfungen geplant am:

Stempel/Unterschrift Schulärztin/Schularzt:

Datum/Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte: