

Gesundheits- und Sozialdepartement  
**Dienststelle Gesundheit und Sport**

## Persönliche Impfkontrolle

Untenstehende Personalien sind **vollständig** auszufüllen.

Schülerin / Schüler	Eltern / Erziehungsberechtigte
Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum	Strasse
Klasse	PLZ, Ort
Schulhaus/-ort	Tel.-Nr.
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:

Schulärztin / Schularzt	Empfehlung Schulärztin / Schularzt	Impfung durch- geführt am	Einverständnis Eltern Impfung durch Schulärztin / Schularzt er- wünscht
<b>Impfung gegen</b> <i>(Bitte berücksichtigen Sie die Impfstoffverfügbarkeit)</i>			
Momentan keine Impfung notwendig	<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"/>
<b>Kommentar Schulärztin / Schularzt für Eltern / Erziehungsberechtigte zu den Impfungen</b>			
<b>Ihre Schulärztin / Ihr Schularzt führt diese Impfungen wie folgt durch</b>			
Datum: _____ Zeit: _____			
Ort: _____			
<b>Weitere Impfungen geplant am</b>			
<b>Stempel/Unterschrift Schulärztin / Schularzt</b>		<b>Datum/Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigte</b>	