An die

Eltern / Erziehungsberechtigten

**Obligatorische schulärztliche Untersuchung**

(freiwillige Schulimpfungen finden während der schulärztlichen Untersuchung statt)

Liebe Eltern / Erziehungsberechtigte

Der Kindergarten und die Schule haben neben dem Bildungsauftrag auch die Aufgabe, die Gesundheit der Kinder zu fördern und allfällige gesundheitliche Probleme möglichst frühzeitig zu erkennen. Die Schulärztinnen / Schulärzte der obligatorischen Schulen untersuchen deshalb die Kinder im Jahr vor der Einschulung (im letzten Kindergartenjahr bzw. im Jahr vor dem Eintritt in die 1. Klasse) sowie die Schülerinnen / Schüler im 4. und im 8. Schuljahr.

**Diese schulärztlichen Untersuchungen sind** **obligatorisch**. Sie können entweder kostenlos bei der Schulärztin / beim Schularzt oder zu Lasten der Eltern / Erziehungsberechtigten bei der Privatärztin / beim Privatarzt durchgeführt werden. Nach erfolgter Untersuchung muss die Privatärztin / der Privatarzt eine Bestätigung (siehe Rückseite) ausstellen (allenfalls über den vorgesehenen Untersuchungstermin). **Eine Woche vor der schulärztlichen Untersuchung** sollte diese Bestätigung bei der Schule vorliegen.

**Für Ihr Kind findet die schulärztliche Untersuchung am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ statt.**

Zu den schulärztlichen Untersuchungen gehört auch die Kontrolle der durchgeführten Impfungen. Mit Ihrer schriftlichen Einwilligung kann die Schulärztin / der Schularzt die nötigen, vom Bundesamt für Gesundheit empfohlenen Basisimpfungen bzw. Auffrischungsimpfungen für Ihr Kind kostenlos während des schulärztlichen Untersuchs durchführen (keine Franchise, kein Selbstbehalt). Andernfalls wird Ihnen empfohlen, bei Ihrer Privatärztin / Ihrem Privatarzt die nötigen Impfungen durchführen zu lassen*.*

Damit die Schulärztin / der Schularzt die Gesundheit Ihres Kindes umfassend beurteilen kann, bitten wir Sie, den beigelegten **Gesundheitsfragebogen** auszufüllen.

Damit die Schulärztin / der Schularzt überprüfen kann, welche Impfungen notwendig sind, bitten wir Sie, Ihrem Kind seinen **Impfausweis** in den Kindergarten / in die Schule mitzugeben. Die Schulärztin / der Schularzt wird aufgrund des Impfausweises prüfen, welche Impfungen notwendig sind.

Sie erhalten **vor** der schulärztlichen Untersuchung von der Schulärztin / dem Schularzt eine schriftliche Impfempfehlung. Sie können dann frei entscheiden, ob Sie die empfohlenen Impfungen kostenlos **während** **des schulärztlichen Untersuchs** durch die Schulärztin / den Schularzt durchführen lassen möchten.

Über das HPV- (Gebärmutterhalskrebs) Impfangebot in der Oberstufe werden Sie von der Schule separat informiert.

**Wir bitten Sie, den ausgefüllten Gesundheitsfragebogen sowie den Impfausweis Ihrem Kind in einem verschlossenen Briefumschlag in den Kindergarten / die Schule bis spätestens am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mitzugeben.**

Vielen Dank und freundliche Grüsse

Die Schulärztin / der Schularzt

**Umfang und Inhalt der obligatorischen schulärztlichen Untersuchungen**

|  |  |
| --- | --- |
| Jahr vor der Einschulung  (im letzten Kindergartenjahr bzw. im Jahr vor dem Eintritt in die 1. Klasse) | * Grösse * Gewicht * Visus (Sehkraft) * Gehör * intermedizinischer Status * Bewegungsapparat * Kontrolle Impfstatus, Durchführung von Impfungen (im Einverständnis der Eltern / Erziehungsberechtigten) |
| 4. Schuljahr | * Grösse * Gewicht * Visus, Farbsehen * Gehör * Bewegungsapparat * Kontrolle Impfstatus, Durchführung von Impfungen (im Einverständnis der Eltern / Erziehungsberechtigten) |
| 8. Schuljahr | * 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.**