An die

Eltern / Erziehungsberechtigten

**Obligatorische schulärztliche Untersuchung**

(freiwillige Schulimpfungen finden an separatem Termin 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 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 zum schulärztlichen Untersuch** in den Kindergarten / in die Schule mitzugeben. Die Schulärztin / der Schularzt wird aufgrund des Impfausweises prüfen, welche Impfungen notwendig sind.

Sie erhalten nach der schulärztlichen Untersuchung von der Schulärztin / dem Schularzt eine schriftliche Impfempfehlung. Sie können dann frei entscheiden, ob Sie die empfohlenen Impfungen bei einem **weiteren** **Termin** kostenlos durch die Schulärztin / den Schularzt durchführen lassen möchten.

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

**Wir bitten Sie, den ausgefüllten Gesundheitsfragebogen und den Impfausweis Ihrem Kind in einem verschlossenen Briefumschlag zum schulärztlichen Untersuch in den Kindergarten / die Schule 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.**