

## Sehprüfung im Kindergarten

Datum: \_\_\_\_\_ Untersucher/in: \_\_\_\_\_

- Unauffällig  mit Viewmaster  
 Auffällig  mit E-Hakentafel

Schularzt/Schulärztin: Befund \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entscheid: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Weitere Befunde, Bemerkungen

1. Untersuchung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Untersuchung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Untersuchung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Ärztliche Schülerinnenkarte

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Name/Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_

Name/Vorname der Mutter: \_\_\_\_\_

Schuljahr:	Kindergarten oder Klasse:	Schulhaus:	Lehrperson:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**1. Untersuchung**  
Kindergarten oder 1. Schuljahr

**2. Untersuchung**  
4. Schuljahr

**3. Untersuchung**  
8. Schuljahr

Datum	Stempel Schularzt/Schulärztin													
Alter	Länge	Perc.	_____ Jahr	_____ cm	_____ %	<input type="checkbox"/>	_____ Jahr	_____ cm	_____ %	<input type="checkbox"/>	_____ Jahr	_____ cm	_____ %	<input type="checkbox"/>
	Gewicht	Perc.	_____ Mte	_____ kg	_____ %	<input type="checkbox"/>	_____ Mte	_____ kg	_____ %	<input type="checkbox"/>	_____ Mte	_____ kg	_____ %	<input type="checkbox"/>
Visus	unkorrigiert		re	li		<input type="checkbox"/>	re	li		<input type="checkbox"/>	re	li		<input type="checkbox"/>
	korrigiert		re	li		<input type="checkbox"/>	re	li		<input type="checkbox"/>	re	li		<input type="checkbox"/>
Farbensinn						<input type="checkbox"/>	<del>_____</del>							<input type="checkbox"/>
Gehör	Audiometrie		re	li		<input type="checkbox"/>	re	li		<input type="checkbox"/>	re	li		<input type="checkbox"/>
	Flüstersprache		re	li		<input type="checkbox"/>	re	li		<input type="checkbox"/>	re	li		<input type="checkbox"/>
Haut						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
ORL allgemein						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Lymphknoten						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Atmung						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Herz und Kreislauf						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			BD _____	<input type="checkbox"/>
Abdomen						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Genitale/Pubertätszeichen						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Haltung/Gang						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Wirbelsäule/Skelett allgemein						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Psychomotorik						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Verhalten						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Allgemeinzustand						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Weitere Befunde (siehe auch letzte Seite)						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Fehlende Impfungen						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Anträge/Verfügungen						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>