

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 Schülerkarte

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

Name/Vorname des Vaters: _____

Name/Vorname der Mutter: _____

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

Diese Schülerkarte wird unter der Verantwortlichkeit des Schularztes / der Schulärztin oder der Schulbehörde aufbewahrt. Bei Schulwechsel ist sie verschlossen, versehen mit der Aufschrift «Nur durch den Schularzt oder die Schulärztin zu öffnen» – zusammen mit dem Zeugnis an die Leitung der neuen Schule zu senden.

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"/>	_____							<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"/>