

Sehrprüfung 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: _____

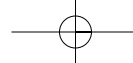
Name/Vorname des Vaters: _____

Name/Vorname der Mutter: _____

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

Diese Schülerinnenkarte wird unter der Verantwortung des Schularztes / der Schulärztin oder der Schulbehörde aufbewahrt. Bei Schulwechsel ist sie ver-

schlossen, 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.



Datum	Stempel Schularzt/Schulärztin	
Alter	Länge Gewicht	Perc. Perc.
Visus	unkorrigiert korrigiert	
Farbensinn		
Gehör	Audiometrie Flüstersprache	
Haut		
ORL allgemein		
Lymphknoten		
Atmung		
Herz und Kreislauf		
Abdomen		
Genitale/Pubertätszeichen		
Haltung/Gang		
Wirbelsäule/Skelett allgemein		
Psychomotorik		
Verhalten		
Allgemeinzustand		
Weitere Befunde (siehe auch letzte Seite)		
Fehlende Impfungen		
Anträge/Verfügungen		

1. Untersuchung Kindergarten oder 1. Schuljahr

_____ Jahr	_____ cm	_____ %	<input type="checkbox"/>
_____ Mte	_____ kg	_____ %	<input type="checkbox"/>
re	li		<input type="checkbox"/>
re	li		<input type="checkbox"/>
re	li		<input type="checkbox"/>
re	li		<input type="checkbox"/>

2. Untersuchung 4. Schuljahr

_____ Jahr	_____ cm	_____ %	<input type="checkbox"/>
_____ Mte	_____ kg	_____ %	<input type="checkbox"/>
re	li		<input type="checkbox"/>
re	li		<input type="checkbox"/>

re	li		<input type="checkbox"/>
re	li		<input type="checkbox"/>

3. Untersuchung 8. Schuljahr

_____ Jahr	_____ cm	_____ %	<input type="checkbox"/>
_____ Mte	_____ kg	_____ %	<input type="checkbox"/>
re	li		<input type="checkbox"/>
re	li		<input type="checkbox"/>
re	li		<input type="checkbox"/>
re	li		<input type="checkbox"/>
		BD_____	<input type="checkbox"/>

