

## 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: \_\_\_\_\_

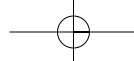
Name/Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_

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

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

**Diese Schülerkarte wird unter der Verantwortung 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.**



	<b>1. Untersuchung</b> Kindergarten oder 1. Schuljahr				<b>2. Untersuchung</b> 4. Schuljahr				<b>3. Untersuchung</b> 8. Schuljahr				
Datum	Stempel Schularzt/Schulärztin												
Alter	Länge Gewicht	Perc. Perc.	____ Jahr ____ Mte	____ cm ____ kg	____ % ____ %	____ Jahr ____ Mte	____ cm ____ kg	____ % ____ %	____ Jahr ____ Mte	____ cm ____ kg	____ % ____ %		
Visus	unkorrigiert korrigiert		re re	li li	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	re re	li li	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	re re	li li	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Farbensinn					<input type="checkbox"/>	<del>_____</del>						<input type="checkbox"/>	
Gehör	Audiometrie Flüstersprache		re re	li li	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	re re	li li	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	re re	li li	<input type="checkbox"/> <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"/>			<input type="checkbox"/>	BD_____	
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"/>		

