SCHULÄRZTLICHE VORSORGEUNTERSUCHUNG

GUT VORBEREITET ZUR UNTERSUCHUNG



Bild wurde mithilfe von KI erstellt.

WORUM GEHT ES?

Der Fragebogen hilft der Schulärztin oder dem Schularzt, sich ein Bild vom Gesundheitszustand Ihres Kindes zu machen.

So kann Ihr Kind bestmöglich begleitet und beraten werden.

IHRE ANGABEN

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus und geben Sie ihn Ihrem Kind zur Untersuchung mit.

Die Beantwortung des Fragebogens ist freiwillig.

VERTRAULICH

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sie entscheiden selbst, welche Fragen Sie beantworten möchten.

BITTE ZUR UNTERSUCHUNG MITGEBEN

- ausgefüllter Fragebogen
- Impfausweis, Gesundheitskarte und Krankenversicherungskarte oder Kopie davon
- Brillen oder Kontaktlinsen (falls vorhanden)



1. IHR KIND

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Strasse: _____ **PLZ / Ort:** _____

Name und Vorname der Mutter
oder der erziehungsberechtigte Person: _____

Tel. Nr.: _____

Beruf: _____

Name und Vorname des Vater
oder der erziehungsberechtigte Person: _____

Tel. Nr.: _____

Beruf: _____

Anzahl Geschwister: **Brüder:** ☐ **Schwestern:** ☐





2. ENTWICKLUNG & FRÜHERE ERKRANKUNGEN

Hat Ihr Kind folgende Krankheiten durchgemacht?

Masern	☐ Nein	☐ Ja	In welchem Alter? _____
Mumps	☐ Nein	☐ Ja	In welchem Alter? _____
Röteln	☐ Nein	☐ Ja	In welchem Alter? _____
Windpocken	☐ Nein	☐ Ja	In welchem Alter? _____
Keuchhusten	☐ Nein	☐ Ja	In welchem Alter? _____

VORGESCHICHTE

Gab es Auffälligkeiten in der Entwicklung?
z.B. verzögerter Spracherwerb, verzögerte Motorik



Bestanden Geburtsgebrechen?
z.B. Herzfehler

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?
Welche? Seit wann?



3. GESUNDHEIT HEUTE

BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN



Hat Ihr Kind aktuell gesundheitliche Probleme?

- ☐ Sehstörungen
- ☐ Hörstörungen
- ☐ Sprachstörungen
- ☐ Bewegungsstörungen
- ☐ Rückenschmerzen
- ☐ Gelenkschmerzen
- ☐ Asthma / Lungenleiden
- ☐ Herz- / Kreislaufleiden
- ☐ Bauchleiden
- ☐ Gewichtsprobleme
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ psychische Belastung
- ☐ Hautleiden
- ☐ Allergien
- ☐ Bettnässen

Bitte erläutern Sie kurz:



Besteht zurzeit eine ärztliche Behandlung?

Wenn ja, weshalb? Bei wem?

4. INFEKTIONSKRANKHEITEN UND DEREN AUSBREITUNG VERHINDERN

Impfungen sind vorbeugende Massnahmen, die vor Infektionskrankheiten mit teilweise schwerwiegenden Folgen schützen. Sie schützen nicht nur Ihr Kind, sondern auch Säuglinge, die sich noch nicht impfen lassen können, sowie Personen mit geschwächtem Immunsystem. Je höher die Durchimpfungsrate in der Bevölkerung ist, desto weniger können sich übertragbare Krankheiten ausbreiten. Impfungen bieten keinen vollständigen Schutz vor einer Erkrankung, reduzieren aber das Risiko schwerer Verläufe mit bleibenden Schäden erheblich.

Wenn Sie Ihr Kind im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung impfen lassen möchten, füllen Sie bitte das nachstehende Formular «Einverständniserklärung zum Nachholen fehlender Impfungen» aus.

Scannen Sie die QR-Codes für weitere Informationen:

Invovac

Schweizerischer Impfplan

Impfen Schweiz



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM NACHHOLEN FEHLENDER IMPFUNGEN

Falls sich bei der Kontrolle des Impfausweises zeigt, dass Impfungen gemäss Schweizerischem Impfplan fehlen, dürfen diese auf Ihren Wunsch hin durch die Schulärztin oder den Schularzt nachgeholt werden.

Damit die Impfungen über die Krankenversicherung abgerechnet werden können bitten wir Sie Ihrem Kind die Krankenversicherungskarte oder eine Kopie zum Termin mitzugeben.

Mit unserer Unterschrift bestätigen wir, dass die Schulärztin oder der Schularzt fehlende Impfungen bei unserem Kind

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

vornehmen darf.

Unterschrift Vater: _____
oder erziehungsberechtigte Person

Unterschrift Mutter: _____
oder erziehungsberechtigte Person

Ort und Datum: _____