

**Rückmeldeformular: Bestätigung der Privatärztin/des Privatarztes über die Untersuchung im Rahmen der obligatorischen ärztlichen Gesundheitsvorsorge auf der Kindergartenstufe (ausgefüllt zuhnden der Schulverwaltung schicken)**

Name des Kindes ..... Vorname des Kindes.....

Geburtsdatum .....

Name und Vorname der Eltern / Erziehungsberechtigten.....

Adresse .....

☐ durchgeführt am ..... ☐ wird durchgeführt am .....

**Folgende schulrelevante Gesundheitsindikatoren wurden von der Privatärztin / vom Privatarzt untersucht (bitte entsprechendes ankreuzen):**

**Entwicklungsstand:**

☐ altersentsprechend ☐ nicht altersentsprechend

**Sehen:**

☐ unauffällig ☐ auffällig mit Kontrolle ☐ Brillenrezept / Anweisung für Unterricht

**Hören:**

☐ unauffällig ☐ auffällig mit Kontrolle ☐ Behandlung / Anweisung für Unterricht

Länge und Gewicht	cm	kg
Visus	Re	Li
Stereoskopes Sehen (3-D-Sehen)		
Gehör mit Audiometrie		
Beurteilung Entwicklungsstand		
Motorik/Sprache		

Impfstatus		Ja	Nein
Impfstatus kontrolliert	Impfschutz MMR vollständig		
Impfschutz Di/Te/Per/Polio vollständig	Hepatitis B		
Varizellen	Andere Impfungen		

Folgende Impfungen wurden durchgeführt

☐ 2. MMR ☐ Di/Te/Per/IPV

☐ andere .....

Ort, Datum .....

Stempel und Unterschrift der Privatärztin / des Privatarztes