

Rückmeldeformular: Bestätigung der Privatärztin/des Privatarztes über die Untersuchung im Rahmen der obligatorischen ärztlichen Gesundheitsvorsorge auf der Kindergartenstufe (ausgefüllt zuhanden 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