



von den Eltern auszufüllen

UNTERSUCHUNG IN DER PRIMARSCHULE

*Dieser Fragebogen ist vertraulich und bleibt beim untersuchenden Arzt.
Die Untersuchung beim Schularzt dauert ungefähr 30 Minuten.*

Schuljahr: _____ 7.HarmoS 8.HarmoS

Persönliche Daten des Kindes

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Nationalität _____ Muttersprache _____ in der Schweiz seit _____
 Das Kind lebt bei den Eltern / beim Vater / bei d. Mutter anderswo _____
 Adresse: PLZ _____ Ort _____ Strasse _____
 Tel. privat _____ Tel. Gesch. Vater _____ Tel. Gesch. Mutter _____
 Vater: Name _____ Vorname _____ Beruf _____
 Mutter: Name _____ Vorname _____ Beruf _____
 Krankenkasse _____ Vers.-Nr. _____
 Schule _____ Name der Lehrperson _____ Tel. _____
 Hausarzt: Name _____ Adresse _____

Fragebogen zur Gesundheit des Kindes

Mein Kind hatte	ja	nein	Mein Kind ist derzeit in	ja	nein
Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ärztlicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, weshalb _____		
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	logopädischer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ergotherapeutischer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	psychologischer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diätetischer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anderer wichtiger Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche _____			wenn ja, welche _____		

Datum des letzten Arztbesuches _____

Mein Kind nimmt regelmässig Medikamente
wenn ja, welche _____

Mein Kind hatte eine Krankheit oder einen Unfall, deren/dessen Folgen sich auf die Schule auswirken können
wenn ja, näher beschreiben _____

Datum _____ Unterschrift(en) _____



MS 10 D

vom Arzt auszufüllen

Ärztliche Untersuchung

Datum: _____

Grösse _____ cm (P)

Gewicht _____ kg (P)

BMI _____ (P)

Blutdruck

Rücken

Gehör/Sehkraft

Gehör:

Audiogramm

Augen: Sehschärfe auf 5 m

rechts

links

Psychosoziale Untersuchung (gemäss Leitfaden, der dem Kind abgegeben wurde)

Schlussfolgerungen / Anregungen der Ärztin/des Arztes

Datum _____

Stempel und Unterschrift