

# Schulärztliches Untersuchungsblatt

Personalien des Kindes			
Name		Vorname	
Adresse			
Geburtsdatum			
Nationalität		Muttersprache	

Personalien der Eltern oder Erziehungsberechtigten			
Mutter			
Name		Vorname	
Adresse			
Nationalität		Muttersprache	
Vater			
Name		Vorname	
Adresse			
Nationalität		Muttersprache	

Vorgeschichte (Anamnese)		
Wichtige Erkrankungen (z. B. Asthma, Allergien, Unfälle, Herzfehler, etc.)	Datum	
Operationen	Datum	
Auffälligkeiten in der Entwicklung		
Medikamente		

Untersuchung	Kindergarten				Untersucher Stempel / Unterschrift
	Alter		Datum		
	Gewicht	kg	P		
	Grösse	cm	P		
	Kopfumfang	cm	P		
	BMI	kg/m <sup>2</sup>	P		
	Blutdruck	/		mmHg	
Augen	Brillenträgerin	<input type="checkbox"/>			
		<i>unauf.</i>	<i>pathologisch</i>		
	Fernvisus (korr.)	<input type="checkbox"/>	re	li	
	Nahvisus (korr.)	<input type="checkbox"/>	re	li	
	Stereo-Lang-Test	<input type="checkbox"/>			
	Farbsehen	<input type="checkbox"/>			
Ohren	Audiogramm	<input type="checkbox"/>			
Allgemein	Herz	<input type="checkbox"/>			
	Hals-Nasen-Ohren	<input type="checkbox"/>			
	Bauchorgane	<input type="checkbox"/>			
	Knochensystem	<input type="checkbox"/>			
	Haut	<input type="checkbox"/>			
	Verhalten	<input type="checkbox"/>			
	Motorik	<input type="checkbox"/>			
	Sprache	<input type="checkbox"/>			
	Andere Befunde				
Impf- status	Nach Impfplan	<input type="checkbox"/>			
	Nicht nach Impfplan	<input type="checkbox"/>			
	Keine Impfungen	<input type="checkbox"/>			
Bemerkungen:		Empfehlungen zu weiteren Abklärungen:			

Untersuchung	4. Klasse				Untersucher Stempel / Unterschrift
	Alter		Datum		
	Gewicht	kg	P		
	Grösse	cm	P		
	Kopfumfang	cm	P		
	BMI	kg/m <sup>2</sup>	P		
	Blutdruck	/		mmHg	
Augen	Brillenträgerin	<input type="checkbox"/>			
		<i>unauf.</i>	<i>pathologisch</i>		
	Fernvisus (korr.)	<input type="checkbox"/>	re	li	
	Nahvisus (korr.)	<input type="checkbox"/>	re	li	
Ohren	Audiogramm	<input type="checkbox"/>			
Allgemein	Herz	<input type="checkbox"/>			
	Hals-Nasen-Ohren	<input type="checkbox"/>			
	Bauchorgane	<input type="checkbox"/>			
	Knochensystem	<input type="checkbox"/>			
	Haut	<input type="checkbox"/>			
	Verhalten	<input type="checkbox"/>			
	Motorik	<input type="checkbox"/>			
	Sprache	<input type="checkbox"/>			
Andere Befunde					
Impf- status	Nach Impfplan	<input type="checkbox"/>			
	Nicht nach Impfplan	<input type="checkbox"/>			
	Keine Impfungen	<input type="checkbox"/>			
Bemerkungen:		Empfehlungen zu weiteren Abklärungen:			

Untersuchung	2. Oberstufe				Untersucher Stempel / Unterschrift
	Alter			Datum	
	Gewicht	kg	P		
	Grösse	cm	P		
	BMI	kg/m <sup>2</sup>	P		
	Blutdruck	/	mmHg		
Augen	Brillenträgerin	<input type="checkbox"/>			
		<i>unauf.</i>	<i>pathologisch</i>		
	Fernvisus (korr.)	<input type="checkbox"/>	re	li	
	Nahvisus (korr.)	<input type="checkbox"/>	re	li	
Ohren	Audiogramm	<input type="checkbox"/>			
Allgemein	Befunde (Bsp. Skoliose)				
Impf- status	Nach Impfplan	<input type="checkbox"/>	Empfehlungen zu weiteren Abklärungen:		
	Nicht nach Impfplan	<input type="checkbox"/>			
	Keine Impfungen	<input type="checkbox"/>			
Bemerkungen:					

Platz für Impfkarte und Audiogramme, etc.

