

Ärztliche Untersuchung auf der Kindergartenstufe

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte

Die Gesundheitsvorsorge ist ein wichtiges Anliegen der Schule. Um diese Vorsorge zu gewährleisten, sieht das Gesetz für jedes Kind beim Eintritt in den Kindergarten eine ärztliche Untersuchung vor. Wir empfehlen Ihnen die Vorsorgeuntersuchung baldmöglichst, allerdings spätestens bis **30. Juni 2024**, bei Ihrer Privatärztin oder Ihrem Privatarzt durchführen zu lassen.

Untersucht werden der Entwicklungsstand und die Seh- und Hörfunktion. Diese gesundheitlichen Faktoren sind Voraussetzung für ungestörtes Lernen und eine gute Lernentwicklung Ihres Kindes. Ebenso ist ein genügender Impfschutz wichtig, denn dieser schützt Ihr Kind vor übertragbaren Krankheiten. Generell ist das Impfen freiwillig und braucht das Einverständnis der Eltern. Kinder ohne Impfschutz können allerdings vorübergehend von der Schule ausgeschlossen werden - beispielsweise bei einem Masernausbruch.

Bitte nehmen Sie das beiliegende Rückmeldeformular „Bestätigung der Privatärztin/des Privatarztes“ zusammen mit dem Impfausweis Ihres Kindes zur privatärztlichen Untersuchung mit. Die Vorsorgeuntersuchung im Kindergartenalter ist im Leistungskatalog der Krankenversicherung enthalten und wird von Ihrer Krankenkasse übernommen.

Mit dem von der Privatärztin oder dem Privatarzt unterschriebenen Rückmeldeformular „Bestätigung der Privatärztin/des Privatarztes“ informieren Sie die Schulverwaltung, dass die Untersuchung stattgefunden hat. Die Schulverwaltung leitet das **Befundformular im verschlossenen Briefumschlag** an den Schularzt (Dr. med. Matthias Patti, Dinhard) weiter. Wenn Sie während des ersten halben Jahres nach Kindergarteneintritt bei der Schulverwaltung keinen Nachweis über die durchgeführte privatärztliche Untersuchung einreichen, wird die Schulärztin/der Schularzt die ärztliche Untersuchung im Auftrag der Schule durchführen.

Die Untersuchung kann auch auf Ihren Wunsch durch die Schulärztin oder den Schularzt durchgeführt werden. Bitte tragen Sie in diesem Fall nur die Personalien des Kindes ein und kreuzen Sie das Formular ganz unten an. Retournieren Sie das Formular auch in diesem Fall **bis spätestens 30. Juni 2024**.

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Barbara Ammann
Schulverwaltung a.i.

- Rückmeldeformular: Bestätigung der Privatärztin / des Privatarztes

- Befundformular der Privatärztin / des Privatarztes (zuhanden Schularzt/Schulärztin)

Bestätigung der Privatärztin/des Privatarztes über die Untersuchung im Rahmen der obligatorischen ärztlichen Gesundheitsvorsorge auf der Kindergartenstufe

(ausgefüllt an die Schulverwaltung senden)

Laufweg: Eltern → Privatarzt → Eltern → Schulverwaltung (offen)

Name des Kindes:

Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Kindergarten/Lehrperson:

Schulhaus:

Name / Vorname der Eltern / Erziehungsberechtigten:

Adresse:

Untersuchung

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

Schulrelevante Befunde sind mit Einverständnis der Eltern der Schule bzw. der Lehrperson zu melden und sie zum richtigen Umgang anzuweisen.

Ort und Datum:

.....

Stempel und Unterschrift
 Privatärztin/Privatarzt

Wahlmöglichkeit ärztliche Gesundheitsvorsorge direkt bei der Schulärztin / beim Schularzt

die obligatorische Untersuchung soll bei der Schulärztin / beim Schularzt stattfinden

(Nur die Personalien des Kindes und der Eltern ausfüllen und das Formular an die Schulleitung zustellen)

Befundformular der Privatärztin / des Privatarztes zuhanden des Schularztes Dr. Patti, Dinhard

(ausgefüllt an die Schulverwaltung mit Vermerk „zuhanden Schularzt“ senden)

Laufweg: Eltern → Privatarzt → Eltern → Schulverwaltung (in verschlossenem Couvert) → Schularzt

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Kiga/Lehrperson:

Schulhaus:

Adresse:.....

Name / Vorname der Eltern/Erziehungsberechtigten:.....

Angaben zur Untersuchung (mit Einverständnis der Eltern)	Ja	Nein	Bemerkung/Resultat:	
Es wurde untersucht:				
Länge und Gewicht			cm	kg
Visus			Re	Li
Stereoskopisches Sehen (3-D-Sehen)				
Gehör mit Audiometrie				
Beurteilung Entwicklungsstand				
Motorik/Sprache				

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

Folgende Impfungen wurden durchgeführt:

2. MMR Di/Te/Per/IPV

andere:

Ort, Datum:

**Stempel und Unterschrift
 Privatärztin/Privatarzt**