



08. August 2023

Schulärztliche Untersuchung auf der Mittelstufe

Informationsschreiben an die Eltern

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte

Die schulärztliche Untersuchung in der 5. Klasse dient der Früherkennung gesundheitlicher Schwierigkeiten, der Prävention und Gesundheitsförderung. Untersucht werden die Sinnesorgane (Sehkraft, Farbsinn und Gehör), Grösse und Gewicht und auf Ihren Wunsch der Rücken / die Haltung. Ein für Ihr Kind freiwilliges Gesundheitsberatungsgespräch mit der Schulärztin / dem Schularzt mittels eines Gesprächsleitfadens rundet die schulärztliche Untersuchung ab. Die Schulärztin / der Schularzt wird Sie über den Gesundheitszustand Ihres Kindes informieren (Rückmeldeformular oder persönliches Gespräch). Bei dieser Gelegenheit werden – Ihr schriftliches Einverständnis vorausgesetzt – fehlende Impfungen nachgeholt. Die schulärztliche Untersuchung findet in der Arztpraxis statt.

Das für Sie und Ihr Kind erforderliche Informationsmaterial (Elternfragebogen über den Gesundheitszustand des Kindes, Impfinformationen, Einverständniserklärung für die Impfungen, Gesprächsleitfaden, Bestätigung der Privatärztin / des Privatarztes) erhalten Sie nach der Abgabe des Rückmeldeformulars.

Falls Sie dies wünschen, können Sie Ihr Kind von der Privatärztin / dem Privatarzt untersuchen lassen (Freie Arztwahl). Im Unterschied zur schulärztlichen Untersuchung tragen Sie die Kosten für die privatärztliche Untersuchung jedoch selbst. Versäumte privatärztliche Untersuchungen werden von der Schulärztin / dem Schularzt nachgeholt.

Bitte retournieren Sie das beiliegende Rückmeldeformular ausgefüllt bis am 15. März 2024 an die Schulverwaltung

Besten Dank und freundliche Grüsse

Barbara Ammann
Schulverwaltung

Rückmeldeformular betr. schulärztliche Untersuchung in der Mittelstufe

(Bitte ausgefüllt der Klassenlehrperson oder Schulverwaltung abgeben)

Angaben zu Ihrem Kind:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Klasse / Lehrperson:

Schulhaus:

Adresse:.....

Die ärztliche Untersuchung wird durch folgende Person vorgenommen:

Privatärztin / Privatarzt

Schularzt

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass der Schularzt der Lehrperson schulrelevante gesundheitliche Auffälligkeiten beim Sehen und Hören mitteilt und die Lehrperson zum richtigen Umgang anleitet.

Nein, ich bin / wir sind nicht damit einverstanden, dass der Schularzt der Lehrperson schulrelevante gesundheitliche Auffälligkeiten beim Sehen und Hören mitteilt und die Lehrperson zum richtigen Umgang anleitet. Ich / wir nehme/n zur Kenntnis, dass ich / wir die Lehrperson selber über allfällige gesundheitliche Auffälligkeiten meines / unseres Kindes informieren muss / müssen.

Ort, Datum:

Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten: