

Obligatorische 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. Juli 2027**, bei Ihrer Privatzärztin 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 Impfen freiwillig und braucht das Einverständnis der Eltern. Kinder ohne Impfschutz können allerdings in Ausnahmesituationen vorübergehend von der Schule ausgeschlossen werden – beispielsweise bei einem Masernausbruch.

Was sie zum Termin beim Privatarzt / Privatärztin mitbringen sollen:

- Bitte nehmen Sie das beiliegende Rückmeldeformular, Befundformular und den Impfausweis Ihres Kindes zur Untersuchung mit. Der Arzt / die Ärztin füllt die Formulare aus.
- Falls Ihr Kind eine Brille trägt, nehmen Sie diese zur Untersuchung mit.
- Bitte senden Sie das ausgefüllte Rückmeldeformular nach der Untersuchung mit dem beiliegenden Couvert an die Schulverwaltung. (1x im offenen und 1x im verschlossenen Couvert). Damit bestätigen Sie, dass die obligatorische Untersuchung beim Privatarzt / bei der Privatärztin stattgefunden hat.
- Die Privatärztin / der Privatarzt darf schulrelevante Befunde nur mit Ihrer Einwilligung an die Schule weitergeben. Wir empfehlen, dass Sie die Erlaubnis mit dem Einwilligungsformular erteilen. Füllen Sie das Einwilligungsformular aus und schicken Sie es an die Schulverwaltung.

Hinweis: Wenn Sie während des ersten halben Jahres nach Eintritt Ihres Kindes in den Kindergarten das Rückmeldeformular bei der Schulverwaltung nicht einreichen, wird der Schularzt Ihr Kind im Auftrag der Schule untersuchen. Ihre Krankenkasse übernimmt die Kosten für die Untersuchung.

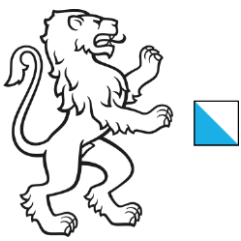
Wir sind dankbar, wenn Sie das Formular baldmöglichst an die Schulverwaltung zurücksenden. Falls Sie im Zusammenhang mit der Untersuchung Fragen haben, können Sie sich an die Schulverwaltung wenden.

Freundliche Grüsse

Stefanie Meier
Schulverwaltung

Beilage

- Rückmeldeformular
- Befundformular
- Einwilligungsformular



(ausgefüllt an die Schulverwaltung schicken)

Rückmeldeformular

Laufweg: Eltern → Privatarzt → Eltern → Schulverwaltung im offenen Couvert

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Lehrperson:
.....

Schulhaus:
.....

Name/Vorname Eltern/Erziehungsberechtigten:

Adresse:
.....

----- (Privatarzt/Privatärztin füllt unteren Teil aus) -----

Untersuchung hat stattgefunden am:

Stempel und Unterschrift der Privatärztin / des Privatarztes:

Die Privatärztin / der Privatarzt hat folgende schulrelevante Gesundheitsindikatoren untersucht:

Entwicklungsstand

☐ altersentsprechend ☐ nicht altersentsprechend

Sehen

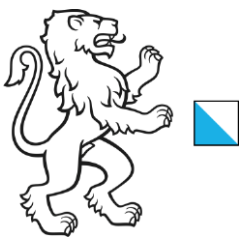
☐ unauffällig ☐ auffällig mit Kontrolle ☐ Brillenrezept / Anweisung für Unterricht

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:



(ausgefüllt in einem verschlossenen, mit Kindsnamen gekennzeichneten Couvert an die Schulverwaltung)

Befundformular der Privatärztin des Privatarzts zh. des Schularztes Dr. med. Patti

Laufweg: Eltern → Privatarzt → Eltern → Schulverwaltung im verschlossenen Couvert! → Schularzt

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Lehrperson:
.....

Schulhaus:
.....

Name/Vorname Eltern/Erziehungsberechtigten:

Adresse:
.....

☐ Länge / Gewicht:cm /kg

☐ Visus: Re..... / Li.....

☐ Stereoskopisches Sehen (3-D-Sehen):.....

☐ Gehör mit Audiometrie:.....

☐ Beurteilung Entwicklungsstand:.....

☐ Motorik/Sprache:.....

Impfungen

☐ Impfstatus kontrolliert

☐ Impfschutz Di/Te/Per/Polio vollständig

Folgende Impfungen wurden durchgeführt:

☐ 2. MMR

☐ Di/Te/Per/IPV

☐ andere:.....

☐ Andere Impfungen:.....

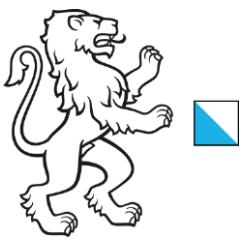
☐ Hepatitis B

☐ Varizellen

☐ Impfschutz MMR vollständig

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift Privatarzt/Privatärztin:



Einwilligungsformular

Sollte der Privatarzt / die Privatärztin oder die Schulärztin / der Schularzt bei der Untersuchung meines Kindes Auffälligkeiten feststellen, die für die Schulgesundheit relevant sind, so sind wir einverstanden, dass die Schulärztin / der Schularzt die Lehrperson orientiert und instruiert.

Ort und Datum:

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten:

.....

Name/Vorname der Eltern/Erziehungsberechtigten:

.....

Telefonnummer:

Name des Kindes:

Vorname des Kindes:.....

Geburtsdatum des Kindes (TT.MM.JJJJ):

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort: