



Schulärztlicher Dienst
Pionierstrasse 13
8403 Winterthur

Obligatorische ärztliche Gesundheitsvorsorge durch die Hausärztin / den Hausarzt

Sehr geehrte Eltern

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte

Sie möchten den obligatorischen Untersuch Ihres Kindes bei Ihrem Privatarzt / Ihrer Privatärztin machen.

Die Stadt beteiligt sich in diesem Fall nicht an den Kosten.

Bitte senden Sie nach dem Untersuch dieses Formular vom Arzt / von der Ärztin unterschrieben an den Schulärztlichen Dienst:

Schulärztlicher Dienst
Pionierstrasse 13
8403 Winterthur

Freundliche Grüsse

Departement Schule und Sport
Schulärztlicher Dienst Winterthur

Bestätigung der Ärztin / des Arztes über stattgefundenene Untersuchung

Personalien

Schülerin / Schüler
Name
Vorname
Geburtsdatum
Mail Eltern
Schulhaus
Name der Lehrperson
<input type="checkbox"/> 5. Primarklasse <input type="checkbox"/> 2. Sekundarklasse

Untersuchung hat stattgefunden und ist beim Arzt / Ärztin dokumentiert

Grösse / Gewicht durchgeführt:

Grösse:

Gewicht:

Fernvisus durchgeführt

Ja

Nein

Farbsehen durchgeführt

Ja

Nein

Hörtest durchgeführt

Ja

Nein

Überprüfung mittels Audiometrie

Ja

Nein

Impfkarte kontrolliert

Ja

Nein

Impfstatus vollständig **nach** ergänzten Impfungen:

Polio Ja Nein

MMR Ja Nein

Di / Te / Per Ja Nein

Hepatitis B Ja Nein

Varizellen Ja Nein

HPV Ja Nein

Zecken Ja Nein

Meningokokken Ja Nein

Untersuchungsdatum

.....

Unterschrift Ärztin / Arzt

.....

Stempel der Arztpraxis