



Schulärztlicher Dienst
Pionierstrasse 13
8403 Winterthur

Obligatorische ärztliche Gesundheitsvorsorge durch die Hausärztin / den Hausarzt

Sehr geehrte Eltern

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte

möchten Sie die gesetzlich vorgeschriebene Untersuchung auf der **der 5. Primar- oder 2. Sekundarstufe** nicht durch den Schulärztlichen Dienst durchführen lassen, ist dies auch bei Ihrer Hausärztin / ihrem Hausarzt möglich. Bitte beachten Sie in diesem Fall folgendes:

- Die Stadt beteiligt sich **nicht** an den Kosten
- Vereinbaren Sie **frühzeitig** einen Termin, die Ärzte sind stark ausgebucht
- Nehmen Sie zur Konsultation **die Impfkarte** mit, da der Impfstatus kontrolliert wird
- Füllen Sie auf der Rückseite alle Zeilen zu den **Personalien** aus
- Die Untersuchungsdaten werden durch Ihre Hausärztin / Ihrem Hausarzt **ausgefüllt** und mit **Praxisstempel und Unterschrift** versehen

Bitte senden Sie uns das Bestätigungsformular nach dem Arztbesuch. Besten Dank.

Freundliche Grüsse

Departement Schule und Sport
Schulärztlicher Dienst Winterthur

Bestätigung der Ärztin / des Arztes über stattgefundenene Untersuchung

Personalien

Schülerin / Schüler	Eltern / Erziehungsberechtigte
Name	Name
Vorname	Vorname
Geburtsdatum	Strasse
Schulkreis	PLZ
Schulhaus	Festnetz
Name der Lehrperson	Mobile
<input type="checkbox"/> 5. Primarstufe <input type="checkbox"/> 2. Sekundarstufe	

a) Grösse / Gewicht durchgeführt:

Grösse

- normalgewichtig
- untergewichtig

- Ja
- Nein

Gewicht

- übergewichtig
- stark übergewichtig

BMI

b) Fernvisus durchgeführt

- Brillenträgerin / Brillenträger
- Unauffällig

- Ja
- Nein

- Auffällig / Kontrolle ist geplant
- Überweisung an Augenärztin / -arzt

c) Farbsehen durchgeführt

- Unauffällig

- Ja
- Nein

- Auffällig

d) Hören durchgeführt

- Überprüfung mittels Audiometrie
- Unauffällig

- Ja
- Nein

- Ja
- Nein
- Auffällig / Kontrolle ist geplant
- Überweisung an ORL-Ärztin / -arzt

e) Impfkarte kontrolliert

- Ja
- Nein

Impfstatus vollständig **nach** ergänzten Impfungen:

- | | | | | | |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Polio | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | MMR | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Di / Te / Per | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Varizellen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | HPV | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Andere Impfungen: wenn ja, welche?

.....

Untersuchungsdatum

.....

Unterschrift Ärztin / Arzt

.....

Stempel der Arztpraxis