

---

An die Eltern und Erziehungsberechtigten der Kinder auf Kindergartenstufe

## Obligatorische ärztliche Untersuchung auf Kindergartenstufe

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte

Die Gesundheitsvorsorge ist ein wichtiges Anliegen der Schule. Um diese Vorsorge zu gewährleisten, sieht das Gesetz für jedes Kind bei Eintritt in den Kindergarten eine ärztliche Untersuchung vor.

Untersucht werden die **Grösse, das Gewicht, die Seh- und Hörfähigkeit sowie der Entwicklungsbeurteilung Ihres Kindes**. Diese gesundheitlichen Faktoren sind Grundvoraussetzung für eine gute Lernentwicklung Ihres Kindes. Ebenso ist ein genügender **Impfschutz** wichtig. Dieser schützt Ihr Kind vor übertragbaren Krankheiten. Generell ist das Impfen freiwillig mit Einverständnis der Eltern. Kinder ohne ausreichenden Impfschutz können allerdings vorübergehend vom Kindergarten oder Schule ausgeschlossen werden – beispielsweise bei einem Masernausbruch.

### Vor der Untersuchung

- Vereinbaren Sie mit Ihrer Kinder- oder Hausärztin oder Kinder- oder Hausarzt einen Termin. Um von eventuell nötigen Massnahmen frühzeitig zu profitieren, sollte die Untersuchung im ersten Kindergartenjahr stattfinden.
- Sollten Sie kurz vor Erhalt dieses Schreibens mit Ihrem Kind bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt gewesen sein, bitten Sie in der Praxis um eine nachträgliche Bestätigung der Untersuchung.

Falls Ihr Kind keine Ärztin oder keinen Arzt hat, sind wir Ihnen gerne bei der Vermittlung behilflich. Bitte melden Sie sich telefonisch bei uns.

### Unterlagen für den Besuch bei Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt

- Formular «Bestätigung der Ärztin / des Arztes über stattgefundene Untersuchung» (siehe Rückseite)
- Impfausweis
- Besprechen Sie mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt, welche Ergebnisse der Untersuchung für den Kindergarten wichtig sind und Sie der Lehrperson mitteilen sollen.

### Nach der Untersuchung

- Senden Sie gleich nach der Untersuchung die durch Ihre Ärztin / Ihren Arzt **ausgefüllte Bestätigung** an den Schulärztlichen Dienst.
- Bitte informieren Sie die Lehrperson Ihres Kindes über wichtige Ergebnisse. Diese kann dann nötige Massnahmen treffen, die für Ihr Kind von Vorteil sind.

**Die Vorsorgeuntersuchung im Kindergartenalter wird über Ihre Krankenkasse abgerechnet.**

Bitte wenden Sie sich bei Fragen direkt an den Schulärztlichen Dienst.

Freundliche Grüsse  
Schulärztlicher Dienst

Bitte wenden - Formular auf der Rückseite

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Formular zurücksenden an:

Schulärztlicher Dienst  
Pionierstrasse 13  
8403 Winterthur

Formular

## Bestätigung der Ärztin / des Arztes über stattgefundene Untersuchung Obligatorische ärztliche Gesundheitsvorsorge auf Kindergartenstufe

### a. Entwicklungsbeurteilung

<input type="checkbox"/> durchgeführt	<input type="checkbox"/> Unterstützung im Kindergarten erwünscht Was: _____
---------------------------------------	--

### b. Sinnesorgane

Fernvisus	Stereosehen	Hören Überprüfung mittels Audiometrie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Kind trägt Brille <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, Kontrolle geplant <input type="checkbox"/> Überweisung Augenärztin / -arzt	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, Kontrolle geplant <input type="checkbox"/> Überweisung ORL

### c. Grösse/ Gewicht

Grösse (cm):	Gewicht (kg):
--------------	---------------

### d. Impfkarte kontrolliert

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Impfstatus **nach** ergänzten Impfungen

	Ja	Nein		Ja	Nein
Impfschutz Polio vollständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impfschutz MMR vollständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfschutz Di/Te/Per vollständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B vollständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varizellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Impfungen: wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Unterschrift Ärztin/Arzt:

Stempel Arztpraxis: