

## Schulärztlicher Bericht über die Schuluntersuchung

### 2. Oberstufe

Anzahl Kinder: \_\_\_\_\_ Schuljahr: \_\_\_\_\_  
 Klasse: \_\_\_\_\_  
 Schule: \_\_\_\_\_

Untersuchung	Anzahl pathologischer Befunde
Audiogramm, Flüsterzahlen	
Fernvisus Bei Brillenträger mit Brille geprüft!	
Andere pathologische Befunde, bei denen eine Kontrolle empfehlenswert ist (Skoliose, starke Akne, etc.)	
Beratungsgespräch gewünscht (somatisch, psychosozial, etc.)	

Impfungen	Anzahl
Impfungen gemäss Impfplan	
Impfungen <b>nicht</b> gemäss Impfplan fehlende Impfungen bis zum 14. Altersjahr (Bsp. HPV, Hep. B, und Auffrischimpfungen sind keine fehlende Impfungen, da sie von 11-15 Jahren gemacht werden können)	
Ungeimpfte Kinder (bisher keine Impfungen vorhanden)	
Kein Impfausweis vorhanden	

Verabreichte Impfdosen bei der Schuluntersuchung	
--	--

Erstellte Elternbriefe	
------------------------	--

Bemerkungen:

**Abgabetermin: 30. Juni**

Schularzt/Schulärztin:

Zustelladresse:

Unterschrift: \_\_\_\_\_

1. Amt für Volksschulen  
Klausenstrasse 4  
6460 Altdorf

Datum: \_\_\_\_\_

2. Schulrat