

# Schulärztliche Untersuchung Greppen



## Ärztliche Bestätigung des Untersuches

Nur bei Variante B  
Von den Eltern bis am 17. Januar 2025 ausgefüllt  
der Klassenlehrperson abzugeben.

Name der Eltern / Erziehungsberechtigte

Adresse

Name / Vorname (des Kindes)

Geburtstag

w

m

Die Untersuchung wurde nach Vorgaben\* durchgeführt

Datum:

Stempel und Unterschrift der Ärztin /  
des Arztes

\*Vorgaben bei Basisstufen-Kindern:

- Grösse, Gewicht
- Visus (Sehkraft), Farbsehen
- Gehör
- internmedizinischer Status
- Bewegungsapparat
- Kontrolle Impfstatus
- Knaben: Genitalien

\*Vorgaben bei 5. Klässlern:

- Grösse, Gewicht
- Visus (Sehkraft)
- Gehör
- internmedizinischer Status, inkl. BD
- Bewegungsapparat
- Kontrolle Impfstatus

Von der Ärztin / vom Arzt auszufüllen



Dieser Abschnitt  
bitte innerhalb 1 Woche  
zurück an die Klassenlehrperson

- Wir wählen **Variante A**  
Unser Kind soll im Rahmen der Schulärztlichen Untersuchung untersucht werden. Das Datum des Untersuches erfahren wir eine Woche davor.

Wir sind damit einverstanden, dass die Schulärztin schulrelevante Ergebnisse mit der Klassenlehrperson bespricht.

Ja

Nein

- Wir wählen **Variante B**  
und lassen die Untersuchung bis anfangs Dezember bei einem Arzt unserer Wahl durchführen und bestätigen. Die Schulleitung erhält von uns **die obenstehende** Bestätigung des Untersuches bis spätestens 17. Januar 2025. Wir nehmen zur Kenntnis, dass mit dieser Variante der Selbstbehalt der Krankenkasse anfällt.

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift Erziehungsber.: \_\_\_\_\_