



Rückmeldeformular: Bestätigung der Privatärztin/des Privatarztes über die Untersuchung im Rahmen der obligatorischen ärztlichen Gesundheitsvorsorge auf der Kindergartenstufe

Name des Kindes:

Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Kindergarten/Lehrperson:

Schulhaus:

Name / Vorname der Eltern / Erziehungsberechtigten:

Adresse:

durchgeführt am: wird durchgeführt am:

Folgende schulrelevante Gesundheitsindikatoren wurden von der Privatärztin / vom Privatarzt untersucht (bitte entsprechendes ankreuzen):

Entwicklungsstand:

altersentsprechend nicht altersentsprechend

Sehen:

unauffällig auffällig mit Kontrolle Brillenrezept / Anweisung für Unterricht

Hören:

unauffällig auffällig mit Kontrolle Behandlung / Anweisung für Unterricht

Schulrelevante Befunde sind mit Einverständnis der Eltern der Schule bzw. der Lehrperson zu melden und sie zum richtigen Umgang anzuweisen.

Ort und Datum:

.....

Stempel und Unterschrift der Privatärztin/des Privatarztes

Wahlmöglichkeit ärztliche Gesundheitsvorsorge direkt bei der Schulärztin / beim Schularzt

die obligatorische Untersuchung soll bei der Schulärztin / beim Schularzt stattfinden
(Nur die Personalien des Kindes und der Eltern ausfüllen und das Formular der Schulverwaltung zusenden)

Bitte senden an: Schule Dättlikon
Schulverwaltung
Schulstrasse 3
8421 Dättlikon