

Name, Vorname:  
Adresse:  
Geb. Datum:  
Schulhaus/Klasse

## Fragebogen zur Schulärztlichen Vorsorge-Untersuchung in der 5.Klasse

### Inhalte der gesetzlich vorgeschriebenen Schulärztlichen Vorsorge-Untersuchung

Obligatorisch	Freiwillig
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrolle von Sehen, Hören, Grösse und Gewicht</li> <li>- Überprüfung des Impfschutzes</li> <li>- Besprechung der Untersuchungsergebnisse mit dem Kind und schriftliche Rückmeldung an die Eltern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gespräch zu Gesundheitsthemen (Bewegung, Ernährung, Medien, Pubertät usw.), welche in diesem Alter relevant sind.</li> <li>- <b>Nachholen</b> von fehlenden Impfungen bis zum 7. Lebensjahr (<i>für Impf- Infos scannen Sie den QR-Code</i>)</li> </ul>



Die Leistungen des Schulärztlichen Dienstes sind kostenlos. Bitte kreuzen Sie Ihre Wahl an und unterschreiben Sie auf der ersten Seite. Die Angaben auf der zweiten Seite bzgl. Gesundheitsgespräch sind freiwillig.

Wir möchten die **Vorsorge-Untersuchung** beim Schulärztlichen Dienst durchführen lassen. Bitte legen Sie eine **Kopie des Impfausweises** bei und kreuzen Sie an, wie Sie das freiwillige Impfangebot nutzen möchten:

- Impfen JA: Diphtherie / Starrkrampf / Keuchhusten / Kinderlähmung
- Impfen JA: Masern-Mumps-Röteln
- Impfen JA: Zeckenzephalitis (FSME)
- Impfen JA: Windpocken (Varizellen)\*  
Diese Impfung ist nur nötig, falls die Krankheit nicht durchgemacht wurde  
\*mein Kind hat die Windpocken (wilde / spitze Blattern) durchgemacht:  
 Ja       Nein

*Am Untersuchungstag **Original-Impfausweis** mitbringen, damit die Impfung dokumentiert werden kann.*

Impfen NEIN → Bitte **Kopie des Impfausweises** beilegen.

Wie möchten Sie das **freiwillige Gespräch** zu Gesundheitsthemen nutzen:

- Gespräch zu Gesundheitsthemen JA
- Gespräch zu Gesundheitsthemen NEIN

Wir möchten die Vorsorge-Untersuchung bei der\*dem Kinderärzt\*in auf unsere Kosten durchführen lassen. Wir erhalten vom Schulärztlichen Dienst ein Formular, welches wir von der Arztpraxis ausfüllen lassen und an den Schulärztlichen Dienst zurückschicken.

Wir sind einverstanden, dass der Schulärztliche Dienst schulrelevante Informationen mit der Klassen-Lehrperson bespricht.  ja       nein

Wir sind einverstanden, dass der Schulärztliche Dienst wichtige Resultate mit der\*dem Kinderärzt\*in bespricht und den Bericht mit den Untersuchungsergebnissen bei Bedarf per E-Mail zukommen lässt.  ja       nein

Kinderärzt\*in (Name / Telefon-Nr. / E-Mail) .....

Datum .....      Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten .....

Ohne Unterschrift können wir die Untersuchung NICHT durchführen! → → → bitte wenden

## Persönliche Angaben und Erreichbarkeit Eltern/Erziehungsberechtigte

Handy-Nr. Eltern 1: ..... Handy-Nr. Eltern 2: .....  
 E-Mail-Adresse: ..... E-Mail-Adresse: .....  
 Beruf Eltern 1: ..... Beruf Eltern 2: .....

## Fragen zur Gesundheit und Entwicklung Ihres Kindes

- Hat Ihr Kind unerwünschte Reaktionen oder Allergien auf Medikamente / Impfungen / Nahrungsmittel / anderes?  nein  ja, nämlich .....
- Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein?  nein  ja, nämlich .....
- Hat Ihr Kind eine schwere oder chronische Erkrankung:  nein  ja, nämlich .....

*Bitte informieren Sie die Klassen-Lehrperson, falls sich die Erkrankung auf den Schulalltag auswirkt. Insbesondere wenn es darum geht, für bestimmte Notfälle gewappnet zu sein. Der Schulärztliche Dienst kann in diesen Fällen beraten und unterstützen.*

## Gesundheitsgespräch: Welche Fragen haben Sie zur Gesundheit und Entwicklung Ihres Kindes?

(Bsp.: Pubertät, Rücken, Hygiene, Ernährung, Bewegung, Medien...)

- besprechen am Gesundheitsgespräch (ohne Eltern) .....
- besprechen an einem Beratungstermin (mit Eltern) .....

## Mein Kind hat Unterstützung durch:

- Logopädie  Schulische Heilpädagogik IF  DaZ-Unterricht
- Schulpsychologischen Dienst  Schulsozialarbeit  andere: .....

## Gesundheitsförderung & Prävention

Die Angaben bilden die Grundlage für das Gesundheitsgespräch während der Vorsorgeuntersuchung. Bitte füllen Sie diese Tabelle zusammen mit Ihrem Kind aus und setzen Sie ein Kreuz dorthin, wo es Ihrer Einschätzung nach am ehesten zutrifft. (😊 stimmt, 😊 stimmt meistens, 😐 teils-teils, 😞 stimmt selten, 😡 stimmt nicht)

Mein Kind...	😊	😊	😊	😊	😊
... fühlt sich zu Hause wohl	<input type="checkbox"/>				
... fühlt sich in der Schule / im Hort wohl	<input type="checkbox"/>				
... trifft sich regelmässig mit Freund*innen	<input type="checkbox"/>				
... geht mit dem Velo / Trotti / zu Fuss in die Schule	<input type="checkbox"/>				
... bewegt sich gerne und oft	<input type="checkbox"/>				
... bewegt sich regelmässig zusammen mit Freund*innen / Familie	<input type="checkbox"/>				
... kann sich selbst beschäftigen	<input type="checkbox"/>				
... trinkt vor allem Wasser	<input type="checkbox"/>				
... isst von allem / ausgewogen (Früchte, Gemüse, Fleisch / Proteinersatz, Fisch, Milchprodukte etc.)	<input type="checkbox"/>				
... isst gemeinsam mit der Familie	<input type="checkbox"/>				
... kann den Gebrauch elektronischer Medien (Handy, TV, PC) als Freizeitbeschäftigung einschränken (max 1 Std. / Tag)	<input type="checkbox"/>				
... ist am Morgen ausgeschlafen	<input type="checkbox"/>				

**Bitte diesen Fragebogen und die Kopie des Impfausweises der Lehrperson im verschlossenen Couvert abgeben**