



An die untersuchende Ärztin / den untersuchenden Arzt: Bitte kreuzen Sie die durchgeführten Untersuchungen an und bestätigen Sie die Untersuchung mit Stempel und Unterschrift.

	Kindergarten / 1. Klasse	4. Klasse	7. Klasse
Kindergarten	_____	_____	_____
Schulhaus	_____	_____	_____
Klasse	_____	_____	_____
Untersuchungen / Besprechungen	Visus ▶ <input type="checkbox"/>	Visus ▶ <input type="checkbox"/>	Besprechung des Fragebogens ▶ <input type="checkbox"/>
	Gehör ▶ <input type="checkbox"/>	Gehör ▶ <input type="checkbox"/>	
	Grösse _____ cm ▶ <input type="checkbox"/>	Grösse _____ cm ▶ <input type="checkbox"/>	
	Gewicht _____ kg ▶ <input type="checkbox"/>	Gewicht _____ kg ▶ <input type="checkbox"/>	
	Allgemeinstatus ▶ <input type="checkbox"/>	Blutdruck ▶ <input type="checkbox"/>	
Impfstatus überprüft ▶ <input type="checkbox"/> fehlend ▶ <input type="checkbox"/>	Impfstatus überprüft ▶ <input type="checkbox"/> fehlend ▶ <input type="checkbox"/>	Impfstatus überprüft ▶ <input type="checkbox"/> fehlend ▶ <input type="checkbox"/>	
Datum, Stempel und Unterschrift der untersuchenden Ärztin / des Arztes			