

Ärztliche Untersuchung auf der Kindergartenstufe

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte

Die Gesundheitsvorsorge ist ein wichtiges Anliegen der Schule. Um diese Vorsorge zu gewährleisten, sieht das Gesetz für jedes Kind beim Eintritt in den Kindergarten eine ärztliche Untersuchung vor. Wir empfehlen Ihnen, die **Vorsorgeuntersuchung kurz vor dem Eintritt in den Kindergarten** bei Ihrer Privatärztin oder Ihrem Privatarzt durchführen zu lassen.

Untersucht werden der Entwicklungsstand und die Seh- und Hörfunktion. Diese gesundheitlichen Faktoren sind Voraussetzung für ungestörtes Lernen und eine gute Lernentwicklung Ihres Kindes. Ebenso ist ein genügender Impfschutz wichtig, denn dieser schützt Ihr Kind vor übertragbaren Krankheiten. Generell ist Impfen freiwillig und braucht das Einverständnis der Eltern. Kinder ohne Impfschutz können allerdings vorübergehend von der Schule ausgeschlossen werden - beispielsweise bei einem Masernausbruch.

Bitte nehmen Sie das beiliegende Rückmeldeformular „Bestätigung der Privatärztin/des Privat-
arztes“ zusammen mit dem Impfausweis Ihres Kindes zur privatärztlichen Untersuchung mit. Die
Vorsorgeuntersuchung im Kindergartenalter ist im Leistungskatalog der Krankenversicherung
enthalten und wird von Ihrer Krankenkasse übernommen.

Mit dem von der Privatärztin oder dem Privatarzt unterschriebenen Rückmeldeformular „Bestä-
tigung der Privatärztin / des Privatarztes“ informieren Sie das Schulsekretariat, dass die Untersu-
chung stattgefunden hat. Wenn Sie während des ersten halben Jahres nach Kindergartenein-
tritt beim Schulsekretariat keinen Nachweis über die durchgeführte privatärztliche Untersu-
chung einreichen, wird der Schularzt die ärztliche Untersuchung im Auftrag der Schule durch-
führen und über Ihre Krankenkasse verrechnen.

Die Untersuchung kann auch durch den Schularzt durchgeführt werden, wenn Sie dies wün-
schen. Bitte tragen Sie in diesem Fall nur die Personalien des Kindes ein und kreuzen Sie das
Formular ganz unten an.

Wir danken Ihnen, dass Sie das Formular möglichst bald an das Schulsekretariat, jedoch bis
spätestens 31. August 2021, zurücksenden. Falls Sie im Zusammenhang mit der Untersuchung
Fragen haben, können Sie sich direkt an das Schulsekretariat wenden.

Besten Dank und freundlichen Grüsse

Primarschule Marthalen
Schulsekretariat



Nicole Möckli

Beilage: - Rückmeldeformular: Bestätigung der Privatärztin / des Privatarztes
- Befundformular der Privatärztin / des Privatarztes (zuhanden Schularzt)



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

(bis spätestens 31. August ausgefüllt zuhanden des Schulsekretariats schicken)

Ich (Privatarzt / Privatärztin) bestätige, dass ich die Untersuchung durchgeführt habe bei:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Lehrperson:

Name/Vorname der Eltern/
Erziehungsberechtigten:

Adresse:

durchgeführt am: wird durchgeführt am:

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

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

Wahlmöglichkeiten ärztliche Gesundheitsvorsorge direkt beim Schularzt

die obligatorische Untersuchung soll beim Schularzt stattfinden

(Nur die Personalien des Kindes und der Eltern ausfüllen und das Formular an das Schulsekretariat senden)

Diese Bestätigung ist von den Eltern/Erziehungsberechtigten bis spätestens 30. November 2020 einzusenden an:

Primarschule Marthalen
Sekretariat
Maiegass 21
8460 Marthalen



Befundformular der Privatärztin / des Privatarztes (Kindergartenstufe)

(bis spätestens 31. August ausgefüllt an das Schulsekretariat mit Vermerk „zuhanden Schul-
arzt“ schicken)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Lehrperson:

Schulhaus:

Adresse:

Name / Vorname der Eltern/
Erziehungsberechtigten:

| Angaben zur Untersuchung (mit Einverständnis der Eltern) | Ohne Befund | Befund auffällig | Bemerkungen/Resultate: | |
|---|----------------|---------------------|------------------------|------------------|
| Es wurde untersucht: | | | | |
| Länge und Gewicht | | | cm | kg |
| Visus | | | Re | Li |
| Stereoskopes Sehen (nur Kindergarten) | | | | |
| Farbsehen | | | | |
| Gehör mit Audiometrie | | | | |
| Blutdruck (Sekundarstufe) | | | mmHg systolisch | mmHg diastolisch |
| Rücken/Haltung (fakultativ) | | | | |

| | Ja | Nein | | Ja | Nein |
|--|----|------|-----------------------------|----|------|
| Impfstatus kontrolliert | | | Impfschutz MMR vollständig | | |
| Impfschutz Di/Te/Per/Polio vollständig | | | Hepatitis B | | |
| Varizellen | | | Andere Impfungen, z. B. HPV | | |

Folgende Impfungen wurden durchgeführt:

2. MMR Di/Te/Per/IPV HPV
 andere:

Ort, Datum:

.....

Stempel und Unterschrift der Privatärztin /
des Privatarztes