

Bestätigung der Privatärztin / des Privatarztes über die Untersuchung im Rahmen der obligatorischen ärztlichen Gesundheitsvorsorge

Angaben der Schülerin / des Schülers (durch die Eltern auszufüllen):

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Lehrperson: _____

Name/Vorname der Eltern/Erziehungsberechtigten: _____

Adresse: _____

Folgende schulrelevante Gesundheitsindikatoren wurden von der Ärztin / vom Arzt 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 Ärztin / des Arztes

Bitte senden Sie diese Bestätigung direkt nach dem Untersuch, jedoch bis spätestens Ende des Schuljahres an die Schulverwaltung, Schulhaus Mitte, Postfach 231, 8320 Fehraltorf.