

BESTÄTIGUNG PRIVATARZT / PRIVATÄRZTIN

Schulärztliche Untersuchung im Schuljahr 2024/2025

Geschätzte Eltern/Erziehungsberechtigte

Sie haben entschieden, dass bei Ihrem Kind die obligatorischen, schulärztlichen Untersuchungen durch einen Privatarzt/eine Privatärztin vorgenommen werden.

Die Schule ist verpflichtet zu kontrollieren, ob dieser Untersuchungen stattgefunden hat. Dazu nehmen Sie dieses Formular bitte mit und lassen den Untersuchungen bestätigen. Bitte senden Sie das ausgefüllte Bestätigungsformular bis **spätestens 30. April 2025** via **KLAPP-Nachricht (mit Anhang Foto oder PDF-Datei)** an „**Alexandra Glatzfelder**“ oder per Mail an sekretariat@schule-rothenburg.ch.

Sollten wir keine Bestätigung erhalten, werden wir eine Untersuchung bei unserem Schularzt anordnen.

Besten Dank und herzliche Grüsse

Alexandra Glatzfelder
Sachbearbeiterin Schuladministration

<i>Umfang und Inhalt der obligatorischen schulärztlichen Untersuchungen:</i>		
Kindergarten	4. Klasse	8. Klasse
<ul style="list-style-type: none"> - Grösse - Gewicht - Visus (Sehkraft) - Gehör - intermedizinischer Status - Bewegungsapparat - Kontrolle Impfstatus 	<ul style="list-style-type: none"> - Grösse - Gewicht - Visus, Farbsehen - Gehör - Bewegungsapparat - Kontrolle Impfstatus 	<ul style="list-style-type: none"> - Grösse - Gewicht - Visus - Gehör - Blutdruck - Kontrolle Impfstatus - Individuelles Beratungsgespräch

Bestätigung der Privatärztin/des Privatarztes über die schulärztliche Untersuchung, die wie oben beschrieben durchzuführen ist.

Hiermit bestätige ich, dass ich die obligatorische schulärztliche Untersuchung durchgeführt habe bei

Name, Vorname Schüler*in:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Klasse/Klassenlehrperson:	

Ort und Datum der Untersuchung:	
Stempel und Unterschrift der Privatärztin/ des Privatarztes:	