

Ärztliche Untersuchung auf der Mittelstufe 2024/2025 Befundformular der Ärztin/des Arztes → für die Eltern

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Lehrperson:

Adresse:

Name / Vorname der Eltern / Erziehungsberechtigten:

Angaben zur Untersuchung

Ohne Be- fund	Befund auffäl- lig
---------------------	--------------------------

Bemerkungen / Resultate:

Es wurde untersucht:

Länge und Gewicht			cm	kg
Visus			Re	Li
Farbsehen				
Gehör mit Audiometrie				
Rücken/Haltung (fakultativ)				

	Ja	Nein		Ja	Nein
Impfstatus kontrolliert			Impfschutz MMR vollständig		
Impfschutz Di/Te/Per/Polio vollständig			Hepatitis B		
Varizellen			Andere Impfungen		

Folgende Impfungen wurden durchgeführt:

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

Ort, Datum:

.....

Stempel und Unterschrift
der Ärztin/des Arztes