

Befundformular der Ärztin/des Arztes zur obligatorischen Vorsorgeuntersuchung in der Kindergartenstufe 2024/25 (für die Eltern)

Name des Kindes _____

Klasse _____

Die Untersuchung Ihres Kindes hat folgenden Befund ergeben:

Grösse _____ Gewicht _____ BMI _____

Visus re Nah _____ Fern _____ Visus re Nah _____ Fern _____

Stereoskope Sehen _____ Farbsehen _____

Audiometrie

		500 [Hz]	1000 [Hz]	2000 [Hz]	4000 [Hz]	6000 [Hz]	8000 [Hz]
RECHTS	20 [db]						
	30 [db]						
	40 [db]						
	50 [db]						
	60 [db]						
	> 60 [db]						

		500 [Hz]	1000 [Hz]	2000 [Hz]	4000 [Hz]	6000 [Hz]	8000 [Hz]
LINKS	20 [db]						
	30 [db]						
	40 [db]						
	50 [db]						
	60 [db]						
	> 60 [db]						

Folgende Impfungen sollten durchgeführt werden:

- | | |
|--|---|
| ☐ Diphtherie/Tetanus (Di-Te) | ☐ Hepatitis B |
| ☐ Masern/Mumps/Röteln (MMR) | ☐ FSME (Zecken-Meningitis) |
| ☐ Keuchhusten (Pertussis) | ☐ Varizellen (Windpocken) |
| ☐ Kinderlähmung (Poliomyelitis) | ☐ HPV (Gebärmutterhalskrebs) |

Ort und Datum _____

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____

Dieses Blatt wird bei den Eltern aufbewahrt!