

Befundformular der Ärztin/des Arztes zur obligatorischen Vorsorgeuntersuchung in der Kindergartenstufe 2025/26 (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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie/Tetanus (Di-Te) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Masern/Mumps/Röteln (MMR) | <input type="checkbox"/> FSME (Zecken-Meningitis) |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) | <input type="checkbox"/> Varizellen (Windpocken) |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Poliomyelitis) | <input type="checkbox"/> HPV (Gebärmutterhalskrebs) |

Ort und Datum _____

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____

Dieses Blatt wird bei den Eltern aufbewahrt!