



## UNTERSUCHUNG IM VORSCHULALTER

von den Eltern auszufüllen

*Dieser Fragebogen ist vertraulich und bleibt beim untersuchenden Arzt*

*Die Untersuchung beim Schularzt dauert ungefähr 30 Minuten*

Schuljahr: \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten des Kindes

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_ Muttersprache \_\_\_\_\_ in der Schweiz seit \_\_\_\_\_

Das Kind lebt bei den Eltern  / beim Vater  / bei d. Mutter  anderswo \_\_\_\_\_

Adresse : PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Strasse \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. Gesch. Vater \_\_\_\_\_ Tel. Gesch. Mutter \_\_\_\_\_

Vater : Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Mutter: Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Vers.-Nr \_\_\_\_\_

Schule \_\_\_\_\_ Name der Lehrkraft \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Hausarzt : Name \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

### Fragebogen zur Gesundheit des Kindes

Mein Kind hatte	ja	nein	Mein Kind ist derzeit in	ja	nein
die Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ärztlicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, weshalb _____		
die Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
den Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	logopädischer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ergotherapeutischer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	psychologischer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diätetischer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche _____			anderer wichtiger Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			wenn ja, welche _____		

Datum des letzten Arztbesuches \_\_\_\_\_

Mein Kind nimmt regelmässig Medikamente    
wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Mein Kind hatte eine Krankheit oder einen Unfall, deren/dessen Folgen sich auf die Schule auswirken können    
wenn ja, näher beschreiben \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift (en) \_\_\_\_\_



**MS 4 D**

**Ärztliche Untersuchung**

Datum : \_\_\_\_\_

**vom Arzt auszufüllen**

Grösse \_\_\_\_\_ cm (P )

Gewicht \_\_\_\_\_ kg (P )

BMI \_\_\_\_\_ (P )

Haut

Zähne

Lymphknoten

Schilddrüse

Herz

Blutdruck

Lungen

Ev. Peak-flow

Abdomen

Nierengegend

Leistengegend (Hernien)

Sexualorgane (Untersuchung nur mit Zustimmung und im Beisein der Eltern)

Rücken/Beine/Füsse

Neurologischer Status : normal

genauer abzuklären

**Neuromotorische Untersuchung** (s. Beilage) normal

genauer abzuklären

**Hör/Sehkraft**

ORL : Audiogramm  
Otoskopie

Augen: Sehschärfe auf 5 m rechts links

Lang Farbwahrnehmung

**Schlussfolgerungen/ Anregungen des Arztes**

---

---

---

Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift