



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC
Kantonsarztamt KAA

Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne

T +41 026 305 79 80, F +41 026 305 79 81
www.fr.ch/smc

MS 4 D

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

Leistungsgend (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