

Von der Schulärztin / dem Schularzt auszufüllen!

Immunnologische Einschränkungen für Impfung Ja Nein

Impfungen	Anzahl Impfungen	Letzte Impfung (Jahr)	Impfung durch Schulärztin/-arzt (Datum)	Impfempfehlung abgegeben (Datum)
Diphtherie Tetanus Pertussis				
Polio				
Haemophilus influenzae				
Masern Mumps Röteln				
Hepatitis B				
FSME				
HPV				
Varizellen				
Varizellen durchgemacht	(Jahr)			

Kontrolle des Impfausweises
(Datum)

Hinweis

Nur die Schulärztin oder der Schularzt hat Einsicht in die Schülerkarte. Einsichtnahme von Drittpersonen nur im Einverständnis der Eltern und des Kindes/Jugendlichen.

Bei Wechsel des Wohnortes oder der Schule ist die Schülerkarte verschlossen zu Händen der Schulärztin/des Schularztes den Schulbehörden des neuen Wohnortes zuzustellen.

Bei Schulabschluss wird die Schülerkarte in einem verschlossenen Couvert der Schülerin/dem Schüler übergeben oder muss 10 Jahre ab letztem Eintrag wie andere medizinische Akten aufbewahrt werden.

Für die Aufbewahrung der Karten gelten die Richtlinien der Leitung des Kantonalen Schulärztlichen Dienstes.

Schulärztlicher Dienst des Kantons Zürich, Walchestrasse 21, 8090 Zürich, schularzt@vsa.zh.ch



Kanton Zürich
Bildungsdirektion
Volksschulamt

**Schulärztliche Untersuchungskarte
für Schüler und Schülerinnen**

Von den Eltern / Erziehungsberechtigten auszufüllen!

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Name der Eltern/
Erziehungsberechtigten _____

Bürgerort/Muttersprache _____

Wohnadresse _____

Telefon _____

Schulgemeinde _____ Schulhaus _____ Jahr/Klasse _____

Einschulung _____

Mittelstufe _____

Sekundarschule I _____

Von der Schulärztin / dem Schularzt auszufüllen!
Sekundarstufe I

Datum _____

AZ _____

Grösse/Gewicht _____ / _____
(Masse siehe Verlauf Perzentilen)

Visus
Unkorrigiert re/li Nah / Fern /

Korrigiert re/li / /

Audiometrie normal auffällig
siehe Audiogramm

Blutdruck _____

Fragebogen

Besprochene Items auf Wunsch der Schülerin /
des Schülers

Unterschrift Schularzt

Von der Schulärztin / dem Schularzt auszufüllen!
Weitere Befunde

Datum

Visum Schularzt

--	--	--