



## Bestätigung der Privatärztin / des Privatarztes über die Untersuchung im Rahmen der obligatorischen ärztlichen Gesundheitsvorsorge

### Angaben der Schülerin / des Schülers (durch die Eltern auszufüllen):

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Lehrperson: \_\_\_\_\_

Name/Vorname der Eltern/Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Folgende schulrelevante Gesundheitsindikatoren wurden von der Ärztin / vom Arzt untersucht (bitte entsprechendes ankreuzen):

#### Sehen:

unauffällig       auffällig mit Kontrolle       Brillenrezept / Anweisung für Unterricht

#### Hören:

unauffällig       auffällig mit Kontrolle       Behandlung / Anweisung für Unterricht

Schulrelevante Befunde sind mit Einverständnis der Eltern der Schule bzw. der Lehrperson zu melden und sie zum richtigen Umgang anzuweisen.

Ort und Datum:

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

**Bitte senden Sie diese Bestätigung bis spätestens Ende des Schuljahres an die Schulverwaltung, Schulhaus Mitte, Postfach 231, 8320 Fehraltorf.**