



## Schulärztliche Untersuchungskarte

- Kopie per Post oder E-Mail senden an Gesundheitsamt
- Original bleibt in den Akten der Ärztin/des Arztes

Gesundheitsamt  
Hoferbad 2  
9050 Appenzell  
oder [info@gsd.ai.ch](mailto:info@gsd.ai.ch)

### Angaben zum untersuchten Kind

Initialen des Kindes:

Schulgemeinde:

Geschlecht:  weiblich  männlich

Datum der Untersuchung:

Art der Untersuchung:  1. Klasse Primarschule 2. Klasse Oberstufe

Körpergewicht	<input type="checkbox"/> untergewichtig <input type="checkbox"/> normalgewichtig <input type="checkbox"/> übergewichtig <input type="checkbox"/> stark übergewichtig (Adipositas)	
Fernvisus	<input type="checkbox"/> trägt Brille <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, Kontrolle ist geplant / wird empfohlen <input type="checkbox"/> Überweisung an Augenärztin / -arzt	
Stereosehen	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig	
Hörvermögen (Audiometrie)	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, Kontrolle ist geplant / wird empfohlen <input type="checkbox"/> Überweisung an ORL-Ärztin/Arzt	
Herzauskultation	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig	
Blutdruck	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht	
Stütz- und Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig	
Motorik	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig	
Psychologische Entwicklung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig	
Impfausweis vorliegend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Familie verweigert Impfung generell	
Impfstatus vollständig? (gemäss CH Impfplan)	Di / Te / Per <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Polio <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hib <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hepatitis B <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pneumokokken <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein MMR <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein HPV <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Varizellen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Empfehlungen zur weiteren Abklärung? Wenn ja, durch welche Stellen und wieso?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Auffällige Befunde:	<input type="checkbox"/> im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung neu festgestellt <input type="checkbox"/> bereits medizinisch vorbekannt / in Behandlung	
Bemerkungen, weitere Befunde		
Information Eltern	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Information Hausärztin/Hausarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt