



Gesundheits- und Sozialdepartement

Gesundheitsamt
Hoferbad 2
9050 Appenzell
Telefon +41 71 788 92 50
info@gsd.ai.ch
www.ai.ch

Information zum „Schulärztlichen Dienst“ für die Eltern der Schülerinnen und Schüler der ersten, sechsten und achten Klasse

Sehr geehrte Eltern

Demnächst findet für Ihr Kind eine schulärztliche Untersuchung statt. Die Untersuchungen werden gestützt auf die Verordnung über die gesundheitlichen Dienste in den Schulen (GS 411.510) in der ersten, sechsten und achten Klasse durchgeführt. Bei neu in die Schule eintretenden Kindern wird eine fehlende schulärztliche Untersuchung nachgeholt. Mit diesem Schreiben möchten wir Sie über die Organisation und den Inhalt der schulärztlichen Untersuchungen orientieren.

Die Untersuchungen sind für die Eltern kostenlos und haben zum Ziel, bei den heranwachsenden Kindern im Sinne der Gesundheitsvorsorge allfällige medizinische Auffälligkeiten möglichst frühzeitig zu erkennen und wo nötig auf mögliche Massnahmen aufmerksam machen zu können.

Zu den schulärztlichen Untersuchungen gehört neben der allgemeinen Überprüfung des Gesundheitszustandes auch die Prüfung der durchgeführten Impfungen (Anhang 1). Es wird Ihnen empfohlen, die Impfungen gemäss Empfehlungen der eidgenössischen Kommission für Impffragen in Ihrer Hausarztpraxis vornehmen zu lassen.

Termin

Datum

Schulärztin/Schularzt

Erforderliche Dokumente

Damit sich die Schulärztin oder der Schularzt auf den Untersuch vorbereiten kann, bitten wir Sie den **Fragebogen über den Gesundheitszustand** dieses Schreibens vollständig auszufüllen (Anhang 2).

Der Fragebogen ist zusammen mit dem **Impfbüchlein** (oder einer Kopie davon) und einem eventuell vorhandenen **Brillenrezept** (oder einer Kopie davon) in einem verschlossenen Briefumschlag **eine Woche vor der schulärztlichen Untersuchung der Lehrperson (in einem verschlossenen Couvert und eine Woche vor der Untersuchung zu retournieren) / dem Schularzt/der Schulärztin** abzugeben. Die Lehrperson ist dafür besorgt, dass die Unterlagen der Schulärztin oder dem Schularzt vor dem Untersuch zugestellt werden.

Untersuchung / Dispensation

Die schulärztlichen Untersuchungen in der ersten, sechsten und achten Klasse sind obligatorisch. Die Untersuchungen können entweder kostenlos bei der Schulärztin/dem Schularzt oder zulasten der Eltern in einer Hausarztpraxis durchgeführt werden. Die Dispensation wird anerkannt, wenn die Hausärztin oder der Hausarzt schriftlich bestätigt, dass der vorgeschriebene Untersuch in den letzten drei Monaten durchgeführt wurde. Dazu ist das Formular „Dispensation vom schulärztlichen Untersuch“ auszufüllen (Anhang 3) und eine Woche vor der schulärztlichen Untersuchung der Lehrperson einzureichen. Falls am Tag der schulärztlichen Untersuchung keine Bestätigung vorliegt, wird die Schulärztin / der Schularzt die obligatorische Untersuchung vornehmen.

Schülerinnen und Schüler der ersten Klasse dürfen sich für den Untersuch bei Bedarf durch einen Elternteil begleiten lassen.

Wird anlässlich der schulärztlichen Untersuchung eine gesundheitliche Auffälligkeit festgestellt, so wird Sie die Schulärztin/der Schularzt darüber informieren und bitten, sich bei Ihrer Hausarztpraxis zur Abklärung oder Behandlung zu melden. Der schulärztliche Dienst ist für Abklärungen und Behandlungen nicht zuständig.

Freundliche Grüsse

Gesundheits- und Sozialdepartement
Departementsvorsteherin



Monika Rüegg Bless, Statthalter

Beilagen:

- Anhang 1: Umfang und Inhalt der obligatorischen schulärztlichen Untersuchungen
- Anhang 2: Fragebogen über den Gesundheitszustand
- Anhang 3: Formular „Dispensation vom schulärztlichen Untersuch“

Hinweis für die Klassenlehrperson:

Dieses Informationsschreiben ist durch die Klassenlehrperson mindestens einen Monat vor dem für die schulärztliche Untersuchung vorgesehenen Termin an die betroffenen Schülerinnen und Schüler zu verteilen.

Anhang 1

Umfang und Inhalt der obligatorischen schulärztlichen Untersuchungen

- 1. Klasse
 - Erhebung der Krankengeschichte mit den Eltern anhand eines Fragebogens oder in einem Gespräch
 - Kontrolle der bisher durchgeführten Impfungen, allenfalls Empfehlung von Impfungen
 - Untersuchung der Augen und des Gehörs (Audiometrie bei fraglichen Befunden vorgeschrieben)
 - Allgemein- und Entwicklungszustand (Habitus)

- 6. Klasse
 - Erhebung der Krankengeschichte mit den Eltern anhand eines Fragebogens oder in einem Gespräch
 - Kontrolle der bisher durchgeführten Impfungen, allenfalls Empfehlung von Impfungen
 - Untersuchung der Augen und des Gehörs (Audiometrie bei fraglichen Befunden vorgeschrieben)
 - Untersuchung der Wirbelsäule (im Hinblick auf Rückenanomalien, insbesondere Krümmung)
 - Messung des Blutdrucks im Hinblick auf hohen Blutdruck
 - Allgemein- und Entwicklungszustand (Länge, Gewicht, Habitus, Motorik)

- 8. Klasse
 - Kontrolle der bisher durchgeführten Impfungen, allenfalls Empfehlung von Impfungen

Anhang 2

Fragebogen über den Gesundheitszustand

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse	PLZ/Ort	
Name/Vorname der Eltern		Tel. Nr.
Beruf des Vaters/der Mutter		
Geburtsjahr Geschwister Brüder:	Schwestern:	

1. Angaben über Entwicklung und frühere Krankheiten

Folgende Fragen sind nur zu beantworten, wenn sie nicht schon bei einer früheren Untersuchung ausgefüllt wurden oder falls Änderungen aufgetreten sind.

Früher durchgemachte Krankheiten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| gehäufte Mittelohrentzündungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Masern | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | in welchem Alter? _____ |
| Mumps | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | in welchem Alter? _____ |
| Röteln | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | in welchem Alter? _____ |
| Windpocken (spitze Blattern) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | in welchem Alter? _____ |
| Keuchhusten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | in welchem Alter? _____ |
| Scharlach | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | in welchem Alter? _____ |

Bestehen chronische Krankheiten? (welche? seit wann?)

Bestehen Unfallfolgen? (welche? seit wann?)

2. Angaben über den aktuellen Gesundheitszustand

Bestehen folgende Probleme oder Beschwerden? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen | <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislaufleiden | <input type="checkbox"/> Nervosität |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenleiden | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Wutausbrüche |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Ängste |
| <input type="checkbox"/> Hautleiden | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> Bettnässen |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> |

Bestehen andere Probleme oder Beschwerden? Wenn ja, welche?

Wird zurzeit eine ärztliche Behandlung durchgeführt? Wenn ja, weshalb? Bei wem?

Ort und Datum:

Unterschrift:

(eines Elternteils oder gesetzliche Vertreterin/
gesetzlicher Vertreter)

Der ausgefüllte „Fragebogen zum Gesundheitszustand“ ist spätestens eine Woche vor dem Termin zusammen mit dem Impfbüchlein (oder Kopie) sowie einem allfälligen Brillenrezept (oder Kopie) in einem verschlossenen Couvert der **Lehrperson** (**mind. eine Woche vor der Untersuchung**) oder **Schulärztin/Schularzt** abzugeben.

Anhang 3

Formular „Dispensation vom schulärztlichen Untersuch“

Für Schülerinnen und Schüler, welche vom schulärztlichen Reihenuntersuch durch die Eltern befreit werden, ist dieses Formular „Dispensation vom schulärztlichen Untersuch“ bis spätestens eine Woche vor der schulärztlichen Untersuchung der Lehrperson zukommen zu lassen.

Bestätigung der Hausärztin/des Hausarztes, dass eine schulärztliche Untersuchung wie unter Punkt „Umfang und Inhalt der obligatorischen schulärztlichen Untersuchungen“ beschrieben, durchgeführt worden ist.

Hiermit bestätige ich, dass wir die obligatorische schulärztliche Untersuchung gemäss Verordnung vom 27. März 2000 über die gesundheitlichen Dienste (GS 411.510) bei:

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Klasse _____ Schulhaus _____
Name/Vorname
der Eltern _____
Adresse _____

am _____ durchgeführt haben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Hausärztin/des Hausarztes