

Dr. med. Luzia Schnyder-Schellenberg
Dr. med. Fabian Schellenberg Schnyder
Schulärzte in Conters, Küblis, Luzein
7240 Küblis

Telefon: 081 300 30 50
Telefax: 081 300 30 51
E-Mail: gruppenpraxis@hin.ch



GRUPPENPRAXIS KÜBLIS
Allgemeine & Innere Medizin

Gruppenpraxis Küblis, Hauptstrass 44,
7240 Küblis

An die
Eltern oder deren Stellvertreter
der
-in die Schule eintretenden Kinder
-Kinder im 9. Schuljahr

Informationen des Schulärztlichen Dienstes im Kanton Graubünden

Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte,

Jedes Kind, das den Kindergarten und die Volksschule besucht, hat das Recht auf schulärztliche Leistungen und soll untersucht werden. Die Kontrollen/Untersuchungen beschränken sich auf wichtige Punkte, die für die weitere Entwicklung des Kindes und die Integration in die Schule von Bedeutung sind. Diese schulärztlichen Leistungen ersetzen nicht die individuelle Behandlung der Kinder, die in den Händen der Haus- und Kinderärzte/ärztinnen verbleibt, können aber ärztliche Empfehlungen zu Händen der Eltern oder Erziehungsberechtigten auslösen.

Die erste Untersuchung wird bei Kindern, die den Kindergarten besuchen, nach Möglichkeit vor Beginn des siebten Lebensalters vorgenommen, falls fehlend, während des ersten Schuljahres nachgeholt. Die zweite Untersuchung wird am Ende der obligatorischen Schulzeit durchgeführt. Diese Untersuchungen werden durch die Haus-/ Kinderärzte/ärztinnen gemäss Wahl der Eltern durchgeführt. Den Eltern steht das Recht zu, der Untersuchung beizuwohnen.

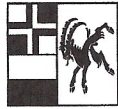
Der/Die Schularzt/ärztin kontrolliert den Vollzug der Untersuchungen und anhand der Impfzeugnisse den Stand der Impfungen. Auch kann er/sie fehlende Untersuchungen in der Eigenschaft als individuell beauftragte/r Haus- oder Kinderarzt/ärztin selbst nachholen. Er/Sie bleibt die verantwortliche Instanz für die schulärztlichen Belange und der Ansprechpartner/-partnerin für Schüler, Eltern, Erziehungspersonen und für die Schulträger.

Vereinbaren Sie bitte für den Schuleintrittsuntersuch im zweiten Kindergartenjahr und für den Schulaustrittsuntersuch im 9. Schuljahr einen Termin bei ihrem Haus- oder Kinderarzt und nehmen dorthin bitte die beiliegenden Blätter und den Impfausweis mit. Bitte füllen Sie vorgängig das Blatt „Erhebungen über den Gesundheitszustand der Kindergarten- und Schulkinder“ aus.

Der Haus- oder Kinderarzt gibt dem Schularzt eine Rückmeldung, dass die Vorschuluntersuchung oder Schulaustrittsuntersuchung erfolgt ist. Die Akten verbleiben in den Händen der Ärzte/Ärztinnen und unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht.

Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich an Ihre/n Schularzt/ärztin. Wir danken für Ihr Vertrauen.

Luzia Schnyder-Schellenberg und Fabian Schellenberg Schnyder



Erhebungen über den Gesundheitszustand der Kindergarten- und Schulkinder

Name des Kindes: Genaueres Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--

Name und Beruf der Eltern: PLZ / Wohnort:

Kindergarten: Ja ☐ Wo? oder Klasse / Schulhaus:
Nein ☐

Gesundheitszustand:

Ist das Kind zurzeit gesund?

Ja	Nein
☐	☐

Liegt bei Ihrem Kind eine Gesundheitsstörung vor, die besondere Rücksicht in der Schule erfordert?

Krankheit der Augen?

Krankheit der Ohren?

Herzfehler?

Asthma?

Stoffwechselerkrankungen, z.B. Diabetes m.?

Epilepsie?

Andere Krankheiten oder Unfallfolgen?

Muss das Kind Medikamente einnehmen?

Ist die Vorschuluntersuchung (während des Kindergartens) durchgeführt worden?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Falls ja, bei welchem Arzt?

Datum: Unterschrift der Eltern bzw. der Erziehungsberechtigten:



Schulärztlicher Dienst

Kanton Graubünden

Vorsorgeuntersuchung 15 Jahre / Schulaustritt

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Name der Eltern/Erziehungsberechtigten:

Adresse: PLZ, Wohnort:

Datum der Untersuchung: Stempel Ärztin / Arzt:

Anamnese:	Ja	Nein	Bemerkungen
Information über Arztgeheimnis	☐	☐	
Fühlt sich gesund	☐	☐	
Frühere Erkrankungen/Unfälle/Operationen	☐	☐	
Zurzeit in ärztlicher Behandlung/Therapie	☐	☐	
Akute/chronische Erkrankungen	☐	☐	
Schulsituation befriedigend	☐	☐	
Berufspläne realistisch	☐	☐	
Sozial integriert	☐	☐	
Beziehung Eltern/Bezugspersonen	☐	☐	
Freizeitverhalten/Sport	☐	☐	
Gesundes Selbstbewusstsein	☐	☐	
Nikotin/Alkohol/Drogen	☐	☐	
Mit Körperbild zufrieden	☐	☐	
Pubertät/Sexualität	☐	☐	
Verhalten situationsgerecht	☐	☐	

Impfungen (gemäss Schweizerischem Impfplan):

Di-Te	☐	Hib	☐	HPV	☐	FSME	☐
Per	☐	MMR	☐	Pneumo	☐		☐
Polio	☐	Hep B	☐	Men	☐		☐

Untersuchung:

Gewicht:kg (P:%) Grösse:cm (P:%) BD/.....mmHg

Allgemeinzustand: Haut:

Augen: Visus: o.d. c.c./s.c. Gehör: re:
o.s. c.c./s.c. li:

Langtest: Trommelfell:

Farben sehen:

Mund/Zähne/Kiefer/Rachen:

Herz/Kreislauf:

Atmungsorgane:

Abdomen:

Genitale:

Wirbelsäule/Extremitäten:

Spezielle Befunde:

Empfehlungen:

Untersuchungsblatt z. Hd. Schulärztin/-arzt ausgefüllt und abgegeben: Ja ☐ Nein ☐

Zusätzlicher separater Bericht an Schulärztin/Schularzt: Ja ☐ Nein ☐



Schulärztlicher Dienst
Kanton Graubünden

Rückmeldung an Schulärztin / Schularzt

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Klasse: Schule: PLZ, Ort:

Gemäss schulärztlicher Untersuchung vom:

- ☐ Normaler Befund ☐ Abnormer Befund

Bemerkungen:
.....
.....
.....

Impfungen gemäss Schweizerischem Impfplan

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ Di-Te | ☐ MMR | ☐ Men |
| ☐ Per | ☐ Hep B | ☐ FSME |
| ☐ Polio | ☐ HPV | ☐ |
| ☐ Hib | ☐ Pneu | ☐ |

Ort / Datum:

Haus- / Kinderärztin:

Haus- / Kinderarzt:

(Stempel / Unterschrift)