

Bestätigung Privatarzt obligatorische Gesundheitsvorsorge auf der Kindergartenstufe

Name des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Lehrperson: _____

Name der Erziehungsberechtigten: _____

Adresse: _____

durchgeführt am: _____

Folgende schulrelevante Gesundheitsindikatoren wurden von der Privatärztin / vom Privatarzt untersucht:

Entwicklungsstand

- altersentsprechend nicht altersentsprechend

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, Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes: