**Bericht Schulärztin / Schularzt für das Schuljahr:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Schulgemeinde** |  |
| **Schulhäuser** |  |
| **Untersuch(e) vom** |  |
| **Klasse(n)** |  |
| ***davon*** | ***Mädchen*** | ***Knaben*** | ***Total*** |
| ***Bestand*** |  |  |  |
| ***Untersuch***  |  |  |  |

1. **Angaben zur Schulärztlichen Untersuchung**

1. **Anzahl im Schulärztlichen Dienst durchgeführten Impfungen**

**2.1 Basis- und ergänzende Impfungen gemäss Schweizerischem Impfplan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **HB** | **HPV** |  |
| **Basisimpfungen**  | **dTPa-IPV** | **1.Inj.** | **2. Inj.** | **1.Inj.** | **2.Inj.** | **3.Inj.** | **Varizellen** |
| Gemäss Empfehlungen durchgeführt |  |  |  |  |  |  |  |
| verweigert |  |  |  |  |  |  |  |
| Impfung durch Privatärztin/Privatarzt / bereits vollständig |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **FSME** |
| **Ergänzende Impfungen** | **1.Inj.** | **2.Inj.** | **3.Inj.** |
| aktualisiert |       |       |       |
| verweigert |       |       |       |
| Impfung durch Privatärztin/Privatarzt / bereits vollständig  |       |       |       |

**2.2 Nachholimpfungen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Basisimpfungen**  | **MMR 1.** | **MMR 2.** | **dTPa, IPV, dt, etc.** |
| aktualisiert |  |  |  |
| verweigert |  |  |  |
| Impfung durch Privatärztin/Privatarzt / bereits vollständig  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sonstige Impfungen**  |  |  |  |
| aktualisiert |  |  |  |
| verweigert |  |  |  |
| Impfung durch Privatärztin/Privatarzt / bereits vollständig  |  |  |  |

1. **Gewalt und Suchtmittelmissbrauch**

1. **Prävention und Gesundheitsförderung**

1. **Zusammenarbeit zwischen Schule, schulärztlicher Dienst und Fachstellen**

1. **Besondere Vorkommnisse**

1. **Bemerkungen und/oder Veränderungsvorschläge**

**Name und Adresse der Schulärztin/des Schularztes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |