C:_e_s.wmf

**Schulärztlicher Dienst**

**Kanton Graubünden**

**Rückmeldung an Schulärztin / Schularzt (Vollzugsmeldung)**

Name, Vorname des Kindes: ………………………………………………………………………..

Geburtsdatum: …………………………………………………………………………………………

Klasse: ……………. Schule: ……………………………… PLZ, Ort: ………………………….

Schulärztliche Untersuchung am (Datum): ………………………………………………………..

○ Normaler Befund ○ Abnormer Befund

Bemerkungen: …………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Impfungen gemäss Schweizerischem Impfplan: | | |
| * Diphterie-Tetanus | * Hepatitis B | * Humane Papillomaviren |
| * Pertussis | * Pneumokokken | * Meningokokken |
| * Haemophilus influenza Typ b | * Masern-Mumps-Röteln | * FSME |
| * Poliomyelitis | * Varizellen | * …………………... |
|  |  |  |

Haus- / Kinderärztin:

Ort / Datum: ………………………….. Haus- / Kinderarzt: ………………………………

(Stempel / Unterschrift)

***Die Vollzugsmeldung ist an die zuständige Schulärztin / den zuständigen Schularzt weiterzuleiten.***

*August 2023*