



Vorsorgeuntersuchung 15 Jahre / Schulaustritt

Name, Vorname der Schülerin/des Schülers: Geburtsdatum:

Name und Beruf der Eltern:

Adresse: PLZ/Wohnort:

Datum der Untersuchung: Stempel Ärztin/Arzt:

Anamnese	ja/normal	nein/auffällig	
Information über Arztgeheimnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlt sich gesund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühere Krankheiten/Unfälle/Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akute/chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulsituation befriedigend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufspläne realistisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozial integriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehung Eltern/Bezugspersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitverhalten/Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundes Selbstbewusstsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin/Alkohol/Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Körperbild zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pubertät/Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhalten situationsgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Untersuch	Gewicht: kg (P:)	Grösse: cm (P:)	BD/..... mmHg
Allgemeinzustand:		
Haut:		
Augen: Visus	o.d. c.c./s.c.	Ohren: Gehör	re:
	o.s. c.c./s.c.		li:
Lang Test:	Trommelfell:
Farben sehen:		
Mund/Zähne/Kiefer/Rachen:		
Herz/Kreislauf:		
Atmungsorgane:		
Abdomen:		
Genitale:		
Wirbelsäule u. Extremitäten:		
Spezielle Befunde:		

	Impfungen gemäss schweizerischem Impfplan		Fehlende Impfungen	
	vollständig	unvollständig		Impfungen
Di-Te	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	durchgeführt	<input type="checkbox"/>
Per	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	empfohlen	<input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht erwünscht	<input type="checkbox"/>
Hib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hep B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Empfehlungen:

Untersuchungsblatt z.Hd. Schularzt ausgefüllt und abgegeben ja / nein

Zusätzlicher separater Bericht an Schularzt ja / nein

