C:_e_s.wmf

**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 | ○ ……….. |
|  |  |  |

Haus- / Kinderärztin:

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

(Stempel / Unterschrift)