



**Schulärztlicher Dienst**  
**Kanton Graubünden**

**Vorsorgeuntersuchung 6 Jahre / Schuleintritt (Untersuchungsblatt)**

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Name der Eltern/Erziehungsberechtigten: .....

Adresse: ..... PLZ, Wohnort: .....

Datum der Untersuchung: ..... Stempel Ärztin / Arzt:

<b>Anamnese:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Bemerkungen</b>
Ist das Kind gesund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Frühere Erkrankungen/Unfälle/Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Zurzeit in ärztlicher Behandlung/Therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Kann Velo fahren/Ski fahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Einbeinstand 10 s/Gangbild flüssig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Ball fangen/werfen/prellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
<b>Psychomotorik und Sprache:</b>			
Kann sich auf Spiel konzentrieren/befolgt Spielregeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Kann sich selber ankleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Trocken Tag und Nacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Geht gerne in den Kindergarten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Zeichnet gerne/kennt Farben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Sozial in Gruppe integriert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Verhalten gegenüber Eltern/Geschwistern unauffällig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Spricht grammatikalisch richtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Spricht in ganzen Sätzen inkl. Nebensätzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Grosser Wortschatz/erzählt Geschichten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Phonation unauffällig (evtl. ausser s/sch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Verhalten während Untersuchung unauffällig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....

**Impfungen** (gemäss Schweizerischem Impfplan):

Di-Te	<input type="radio"/>	Hib	<input type="radio"/>	Pneumo	<input type="radio"/>	.....	<input type="radio"/>
Per	<input type="radio"/>	MMR	<input type="radio"/>	FSME	<input type="radio"/>	.....	<input type="radio"/>
Polio	<input type="radio"/>	Hep B	<input type="radio"/>	Men	<input type="radio"/>	.....	<input type="radio"/>

**Untersuch:**

Gewicht: .....kg (P: .....%) Grösse: .....cm (P: .....%) BD ..... / .....mmHg

Allgemeinzustand: .....

Haut: .....

Augen: Visus: o.d. .... c.c./s.c. Gehör: re: .....  
o.s. .... c.c./s.c. li: .....

Langtest: ..... Trommelfell: .....

Farben sehen: .....

Mund/Zähne/Kiefer/Rachen: .....

Herz/Kreislauf: .....

Atmungsorgane: .....

Abdomen: .....

Genitale: .....

Wirbelsäule/Extremitäten: .....

Spezielle Befunde: .....

**Empfehlungen:** .....

**Dieses Blatt bleibt als Teil der Krankengeschichte bei der untersuchenden Ärztin / dem untersuchenden Arzt. Über die erhobenen Befunde ist die Schulärztin / der Schularzt mittels Vollzugsmeldung (separates Formular) zu informieren.**