**Schulärztlicher Dienst Kanton Graubünden**



**Impf-Statistikblatt**

Schuljahr: ……….. / …........... (Angabe Jahr, z.B. 2023/2024)

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

Impfkontrolle am (Datum): …………………………………………………………………………...

Anzahl Schülerinnen / Schüler: …...……….………………………………………………………..

Anzahl kontrollierte Impfausweise: ………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Impfungen | Anzahl ausreichend geimpfter Schülerinnen / Schüler \* |
| Diphterie-Tetanus |  |
| Pertussis |  |
| Haemophilus influenza Typ b |  |
| Poliomyelitis |  |
| Hepatitis B |  |
| Pneumokokken |  |
| Masern-Mumps-Röteln |  |
| Varizellen |  |
| Humane Papillomaviren |  |
| Meningokokken ACWY |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\*gemäss aktuellem Schweizerischen Impfplan, <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/i-und-b/richtlinien-empfehlungen/allgemeine-empfehlungen/schweizerischer-impfplan.pdf.download.pdf/schweizerischer-impfplan-de.pdf>

Bemerkungen: …....................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

Ort / Datum: …………………………….... Schulärztin / -arzt: …………………………………

(Stempel / Unterschrift)

***Bitte für jede Klasse ein eigenes Formular verwenden.***

***Die Formulare bitte nach der Impfkontrolle an die Kantonsärztin senden:***

***Gesundheitsamt Graubünden***

***Hofgraben 5***

***7001 Chur***

August 2023