

**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*