



CHECKLISTE

Vorsorgeuntersuchung

| Von den Erziehungsberechtigten auszufüllen | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------|------------|
| Kind | Name | _____ | Vorname | _____ |
| | Geschl. | | Geburtsdatum | _____ |
| KIGA/Schule | Klasse | _____ | Lehrperson | _____ |
| Erziehungsberechtigte | Name | _____ | Telefon | _____ |
| | Strasse | _____ | | |
| | PLZ/Ort | _____ | | |
| Vom Arzt auszufüllen | | | | |
| Es wurde untersucht: | ja | nein | | |
| Grösse und Gewicht* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | L _____ | cm |
| | | | G _____ | kg |
| Visus (Sehtest)* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nah _____ | fern _____ |
| | | | re _____ | re _____ |
| | | | li _____ | li _____ |
| | | | Langtest | _____ |
| Gehör mit Audiometrie* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Somatischer Status | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Bewegungsapparat/ Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Impfstatus kontrolliert* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Weitere Bemerkungen | _____ | | | |
| * obligatorische Untersuchung | | | | |
| Ausgefüllte CHECKLISTE bleibt beim Arzt | | | | |