

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_



# Schulärztliche Untersuchungskarte

	Kindergarten	4. Klasse	8. Klasse
Grösse	cm	cm	cm
Gewicht	kg	kg	kg
Fernvisus	re      li	re      li	re      li
Stereosehen			
Gehör	re      li		
Herz / Lunge			
Skelett und Haltung			
Blutdruck			mm Hg
Kontrolle Impfstatus			
Bemerkungen			
Orientierung Eltern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum			
Visum des Arztes / Ärztin			
Stempel			