



Schulärztlicher Dienst

Kanton Graubünden

## Rückmeldung an Schulärztin / Schularzt

Name, Vorname des Kindes: .....

Geburtsdatum: .....

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

Gemäss schulärztlicher Untersuchung vom: .....

- Normaler Befund                       Abnormer Befund

Bemerkungen: .....

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

### Impfungen gemäss Schweizerischem Impfplan

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

Ort / Datum: .....

Haus- / Kinderärztin:

Haus- / Kinderarzt: .....

(Stempel / Unterschrift)