



Schulärztlicher Dienst

Kanton Graubünden

Vorsorgeuntersuchung 15 Jahre / Schulaustritt

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Name der Eltern/Erziehungsberechtigten:

Adresse: PLZ, Wohnort:

Datum der Untersuchung: Stempel Ärztin / Arzt:

Anamnese:	Ja	Nein	Bemerkungen
Information über Arztgeheimnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlt sich gesund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frühere Erkrankungen/Unfälle/Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zurzeit in ärztlicher Behandlung/Therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akute/chronische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulsituation befriedigend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berufspläne realistisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sozial integriert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beziehung Eltern/Bezugspersonen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freizeitverhalten/Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundes Selbstbewusstsein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nikotin/Alkohol/Drogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Körperbild zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pubertät/Sexualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verhalten situationsgerecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Impfungen (gemäss Schweizerischem Impfplan):

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

Untersuchung:

Gewicht:kg (P:%) Grösse:cm (P:%) BD/.....mmHg

Allgemeinzustand: Haut:

Augen: Visus: o.d. c.c./s.c. Gehör: re:

o.s. c.c./s.c. li:

Langtest: Trommelfell:

Farben sehen:

Mund/Zähne/Kiefer/Rachen:

Herz/Kreislauf:

Atmungsorgane:

Abdomen:

Genitale:

Wirbelsäule/Extremitäten:

Spezielle Befunde:

Empfehlungen:

Untersuchungsblatt z. Hd. Schulärztin/-arzt ausgefüllt und abgegeben: Ja Nein

Zusätzlicher separater Bericht an Schulärztin/Schularzt: Ja Nein