KANTON
APPENZELL INNERRHODEN

Schulärztliche Untersuchungskarte

Schulgemeinde:_____ Schuleintritt:_____

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse:	PLZ/Ort:	
Name/Vorname der Eltern/ des gesetzlichen Vertreters:		Tel. Nr.:

Diese Karte bleibt in den Akten des Schularztes. Einsichtnahme ohne seine Bewilligung ist nicht gestattet.

	1. Schuljahr	**6. Schuljahr**	**Bemerkungen**
Datum der Untersuchung			
1. Allgemeine Körperbeschaffenheit			
2. Geistige Entwicklung			
3. a) Körperlänge			
b) Körpergewicht			
4. Bewegungsapparat			
5. Augen (Sehschärfe/Brille) Visus Stereosehen	re li	re li	Überweisung Spezialarzt: O ja O nein
6. Hörvermögen	re li		
7. Hals (Kropf, Drüse, Mandeln)			
8. Sprache			
9. Gebiss 1) gut 2)mittel 3) schlecht			
10. Herz- und Zirkulationsorgane Blutdruck:			
11. Lungen			
12.Impfstatus: vollständig? wenn unvollständig/welche?	O ja O nein	O ja O nein	
13.Genitalien (Hoden)			
14.Weitere Befunde			
15.Fand Überweisung an schulpsychologischen Dienst statt/ warum?:			
16.Orientierung Eltern	O ja O nein	O ja O nein	
17.Orientierung Hausarzt	O ja O nein	O ja O nein	
Visum Schulärztin/Schularzt			