



## Befundformular der Ärztin/des Arztes zur obligatorischen Vorsorgeuntersuchung in der Kindergartenstufe 2020 (für die Eltern)

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_

Die Untersuchung Ihres Kindes hat folgenden Befund ergeben:

Grösse \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_

Visus re Nah \_\_\_\_\_ Fern \_\_\_\_\_ Visus re Nah \_\_\_\_\_ Fern \_\_\_\_\_

Stereoskope Sehen \_\_\_\_\_ Farbsehen \_\_\_\_\_

### Audiometrie

|        | 500 [Hz]  | 1000 [Hz] | 2000 [Hz] | 4000 [Hz] | 6000 [Hz] | 8000 [Hz] |
|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| RECHTS | 20 (db)   |           |           |           |           |           |
|        | 30 [db]   |           |           |           |           |           |
|        | 40 [db]   |           |           |           |           |           |
|        | 50 [db]   |           |           |           |           |           |
|        | 60 [db]   |           |           |           |           |           |
|        | > 60 [db] |           |           |           |           |           |

|       | 500 [Hz]  | 1000 [Hz] | 2000 [Hz] | 4000 [Hz] | 6000 [Hz] | 8000 [Hz] |
|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| LINKS | 20 (db)   |           |           |           |           |           |
|       | 30 [db]   |           |           |           |           |           |
|       | 40 [db]   |           |           |           |           |           |
|       | 50 [db]   |           |           |           |           |           |
|       | 60 [db]   |           |           |           |           |           |
|       | > 60 [db] |           |           |           |           |           |

Folgende Impfungen sollten durchgeführt werden:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie/Tetanus (Di-Te)    | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                |
| <input type="checkbox"/> Masern/Mumps/Röteln (MMR)     | <input type="checkbox"/> FSME (Zecken-Meningitis)   |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis)       | <input type="checkbox"/> Varizellen (Windpocken)    |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Poliomyelitis) | <input type="checkbox"/> HPV (Gebärmutterhalskrebs) |

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes \_\_\_\_\_

**Dieses Blatt wird bei den Eltern aufbewahrt!**