



Amt für Gesundheitsvorsorge
Schulärztlicher Dienst

Persönliche Impfkontrolle

Durch die Schule (ev. Schülerin/Schüler) auszufüllen:

Kind (Vorname Name)

Erziehungsberechtigt (Vorname Name)

Geburtsdatum _____

Strasse _____

Klasse _____

PLZ/Ort _____

Schulhaus/-Ort _____

Tel. _____

Krankenversicherung des Kindes _____

Grundimpfungen für Kinder und Jugendliche gemäss Impfpfehlungen des BAG

Impfung gegen	Vom Schularzt /Ärztin nach Impfplan empfohlene Impfung	Für Eltern		
		Ja einverstanden	Nein keine Impfung	Nein Impfung durch Privatarzt/Ärztin
Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten und Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie, Starrkrampf und Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie, Starrkrampf und Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie und Starrkrampf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern, Mumps und Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebärmutterhalskrebs (HPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühsommermeningoenzephalitis (FSME)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varizellen ("Windpocken")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Windpocken gehabt? * <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich weiss es nicht.	* Impfung nicht nötig wenn ihr Kind Windpocken durchgemacht hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stempel/Unterschrift des Schularztes

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r