



Schularztbericht für das Schuljahr _____

Gesundheitsdepartement
Davidstrasse 27
9001 St.Gallen
T 058 229 43 82
F 058 229 35 52
gesundheitsvorsorge@sg.ch
www.gesundheit.sg.ch

Schulgemeinde _____

Schulhaus/-häuser _____

Untersuch(e) vom _____

Klasse(n) _____

<i>davon</i>	<i>Mädchen</i>	<i>Knaben</i>	<i>Total</i>
<i>Bestand</i>			
<i>Untersuch</i>			

1 Angaben zur Schulärztlichen Untersuchung

2 Anzahl im Schulärztlichen Dienst durchgeführten Impfungen

2.1 Basis- und ergänzende Impfungen gemäss Schweizerischem Impfplan

Basisimpfungen	HB				
	dTPa-IPV	1. Inj.	2. Inj.	HPV	Varizellen
aktualisiert					
verweigert					
Impfung durch Privatarzt/Ärztin					

Ergänzende Impfungen	FSME
aktualisiert	
verweigert	
Impfung durch Privatarzt/Ärztin	

2.2 Nachholimpfungen

Basisimpfungen	MMR 1.	MMR 2.	Sonstige	dTPa, IPV, dt, etc.
aktualisiert			aktualisiert	
verweigert			verweigert	
Impfung durch Privatarzt/Ärztin			Impfung durch Privatarzt/Ärztin	

3 Gewalt und Suchtmittelmissbrauch

4 Prävention und Gesundheitsförderung

5 Zusammenarbeit zwischen Schule, schulärztlichem Dienst und anderen Fachstellen

6 Besondere Vorkommnisse

7 Bemerkungen und/oder Veränderungsvorschläge

**Name und Adresse
der Schulärztin/des Schularzt**

Ort und Datum

Unterschrift