



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	Telefon
_____	_____
Krankenversicherung des Kindes	

Grundimpfungen für Kinder und Jugendliche gemäss Impfeempfehlungen 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				
Diphtherie, Starrkrampf und Keuchhusten				
Diphtherie, Starrkrampf und Kinderlähmung				
Diphtherie und Starrkrampf				
Kinderlähmung				
Masern, Mumps und Röteln				
Hepatitis B				
Meningokokken				
HPV (Humane Papillomaviren) Mädchen und Jungen				
Frühsommermeningoenzephalitis (FSME)				
Varizellen ("Windpocken") Hat Ihr Kind Windpocken gehabt? * <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich weiss nicht.	* Impfung nicht nötig, wenn Ihr Kind Windpocken durchgemacht hat.			

Stempel/Unterschrift des Schularztes/Ärztin

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
