Schularztbericht für das Schuljahr :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | GesundheitsdepartementOberer Graben 329001 St.GallenT 058 229 43 82F 058 229 35 52gesundheitsvorsorge@sg.ch[www.gesundheit.sg.ch](http://www.gesundheit.sg.ch/) |
| **Schulgemeinde** |       |
| **Schulhaus/-häuser** |       |
| **Untersuch(e) vom**  |       |
| **Klasse(n)** |  |
| ***davon*** | ***Mädchen*** | ***Knaben*** | ***Total*** |
| ***Bestand*** |       |       |       |
| ***Untersuch*** |       |       |       |

# Angaben zur Schulärztlichen Untersuchung

# Anzahl im Schulärztlichen Dienst durchgeführten Impfungen

## Basis- und ergänzende Impfungen gemäss Schweizerischem Impfplan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Basisimpfungen** | **dTPa-IPV** | **HB** | **HPV** | **Varizellen** |
| **1. Inj.** | **2. Inj.** | **1. Inj.** | **2. Inj.** | **3. Inj.** |
| gemäss Empfehlung |       |       |       |       |       |       |       |
| verweigert |       |       |       |       |       |       |       |
| Impfung durch Privatarzt/Ärztin |       |       |       |       |       |       |       |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **FSME** |
| **Ergänzende Impfungen** | **1. Inj.** | **2. Inj.** | **3. Inj.** |
| aktualisiert |       |       |       |
| verweigert |       |       |       |
| Impfung durch Privatarzt/Ärztin |       |       |       |

## Nachholimpfungen

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

# Gewalt und Suchtmittelmissbrauch

# Prävention und Gesundheitsförderung

# Zusammenarbeit zwischen Schule, schulärztlichem Dienst und anderen Fachstellen

# Besondere Vorkommnisse

# Bemerkungen und/oder Veränderungsvorschläge

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Adresseder Schulärztin/des Schularzt** |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|       |  |  |
| Ort und Datum |  | Unterschrift |