



## Ärztliche Bestätigung Schuljahr 2026/27 über die durchgeführte Vorsorgeuntersuchung

(Kosten werden über Ihre Krankenversicherung abgerechnet)



Untersuchung in der: ☐ 4. Klasse  
☐ 8. Klasse

Hiermit bestätige ich, dass ich die obligatorische schulärztliche Untersuchung bei:

Name / Vorname:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

Name / Vorname der Eltern:

\_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_ durchgeführt habe.

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift  
der Privatärztin / des Privatarztes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Untersuchung umfasst folgende Leistungen:

### Kinder der 4. Primarstufe

- Grösse
- Gewicht
- Visus (Sehkraft)
- Gehör
- Bewegungsapparat
- Kontrolle des Impfstatus und Durchführung (Einverständnis der Eltern/Erziehungsberechtigten)

### Kinder der 8. Primarstufe

- Grösse
- Gewicht
- Visus
- Gehör
- Kontrolle des Impfstatus und Durchführung (Einverständnis der Eltern/Erziehungsberechtigten)

### Vorgehen für die Eltern:

- Terminvereinbarung mit Ihrer Kinderarztpraxis vor dem 18.12.2026
- Ihr Kind zur Vorsorgeuntersuchung begleiten
- Rücksendung dieses Bestätigungsformulars (mit Unterschrift Privatarzt/Privatärztin) bis spätestens am **18. Dezember 2026** an: Gemeindeschule Buchrain, Adlermatte 10, 6033 Buchrain oder an: [schuladministration@schulebuchrain.ch](mailto:schuladministration@schulebuchrain.ch).