

Bestätigung **2025**
Schulärztliche Untersuchung



Für die Klassenlehrperson

1. Name: _____ Geburtsdatum: _____

2. Schule: _____ Klasse: _____

3. Lehrperson: _____

Ort und Datum _____ Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes _____

Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung Krankengeschichte anhand Fragebogen oder Gespräch • Kontrolle der Impfungen, allenfalls Empfehlung oder Durchführung von Impfungen • Untersuchung Augen und Gehör (Audiometrie vorgeschrieben) • Messung Grösse und Gewicht
Zusätzlich	<p>2. Kindergartenjahr: Erfassung schulrelevanter Beeinträchtigungen (Motorik, Sprache, Entwicklung)</p> <p>4. Klasse: Untersuchung Bewegungsapparat, insbesondere Skoliose, Beckentiefstand, Haltung</p> <p>8. Klasse: Messung Blutdruck</p>



Gutschein **2025**
Schulärztliche Untersuchung



Für die Arztpraxis

1. Name: _____ Geburtsdatum: _____

2. Schule: _____ Klasse: _____

3. Lehrperson: _____

4. Datum der Untersuchung: _____

Kosten zu Lasten der Gemeinde:
Untersuchung im Kindergartenjahr vor Eintritt in die Primarschule, in der 4. Klasse und in der 8. Klasse: CHF 55.- (pro Person)

Es werden nur die Kosten der Schulärztinnen und -ärzten aus Burgdorf gemäss Liste übernommen!

Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes _____

Einsenden bis 30. Juni / 30. November

Bildungsdirektion
Schulärztlicher Dienst
Neuengasse 5
3401 Burgdorf