



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 Impfpfehlungen des BAG

Impfung gegen	Vom Schularzt/Schulärztin nach Impfplan empfohlene Impfung	Für Erziehungsberechtigte:		
		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				
Masern, Mumps, Röteln und Varizellen				
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. Falls ja, war das Kind zu diesem Zeitpunkt schon 1 Jahr alt oder älter? * <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	* Impfung ist nicht nötig, wenn Ihr Kind Windpocken nach dem 1. Geburtstag durchgemacht hat.			

Datum

Stempel/Unterschrift des Schularztes/Ärztin

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r