



(Langstempel der Schule)

Schuljahr: \_\_\_\_\_

# Jahresbericht des Schularztes der Schulärztin

Gesamtzahl der Schüler \_\_\_\_\_ Knaben \_\_\_\_\_ Mädchen \_\_\_\_\_

Anzahl der untersuchten Schüler \_\_\_\_\_ Knaben \_\_\_\_\_ Mädchen \_\_\_\_\_

Anzahl der Überwachungsschüler \_\_\_\_\_ Knaben \_\_\_\_\_ Mädchen \_\_\_\_\_

## 1. Schulärztliche Tätigkeit

Teilnahme an Elternsprechtagen (Anzahl): \_\_\_\_\_

Teilnahme an Konferenzen: \_\_\_\_\_

Vorträge (Thema und Zielgruppe): \_\_\_\_\_

Anzahl der Untersuchungen für Schulveranstaltungen: \_\_\_\_\_

Durchführung von Impfungen:    Nein    Ja/welche: \_\_\_\_\_

Abhaltung von Kursen über Erste Hilfe: \_\_\_\_\_

## 2. Hygienische Mängel in der Schule (z. B. Beleuchtung, Lüftung, Beheizung, sanitäre Einrichtungen, Pausenhofbenützung, Raumnot, Wanderklassen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SCHULKÜCHE vorhanden    Ja / Nein    Angebot \_\_\_\_\_

SCHULBUFFET vorhanden    Ja / Nein    Angebot \_\_\_\_\_

Begehung des gesamten Gebäudes und der Sportanlagen mit d. DirektorIn, technischen SachbearbeiterIn und SchulwartIn (Datum) \_\_\_\_\_

allfälliges Protokoll beiliegend!

## 3. Beratungen nach SMG (Suchtmittelgesetz)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 4. Schwere Unfälle:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Anzahl der Erleichterungen im Unterricht für die Dauer des Schuljahres:**

Gegenstand:

Freistellung:

Schonung:

Bewegung und Sport: \_\_\_\_\_

Textiles/Technisches Werken,  
Ernährung und Hauswirtschaft: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**5.1 verhaltensauffällige SchülerInnen:** Alter: \_\_\_\_\_ Anzahl: \_\_\_\_\_

**6. Besondere Vorkommnisse:** (längerer Bericht als Beilage) \_\_\_\_\_

**7. Vorschläge:** (längerer Bericht als Beilage) \_\_\_\_\_

**8. Schulärztliche Sprechstunde für Erziehungsberechtigte:** \_\_\_\_\_

**9. Schulärztliche Dienstzeiten:** \_\_\_\_\_

**10. Schularztzimmer:**            entsprechend            nicht entsprechend

Gründe:

Anschaffungsauftrag

**Hinweis:** Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass der Jahresbericht des Schularztes bzw. der Schulärztin bis **spätestens Ende** des jeweiligen **Schuljahres** an den zuständigen Landes-  
schulrat zu senden ist.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Schularzt/Schulärztin (Name, Stempel)

\_\_\_\_\_  
Schulleiter/in (Stempel, Unterschrift)