

Untersuchungsbefund / Medical Examination

Name des Kindes (*name of child*): _____

Alter (*age*): _____ Gewicht (*weight*): _____ Größe (*height*): _____

Geimpft gegen (*vaccinated against*): _____

Bitte Kopie des Impfpasses beilegen.
(*Please attach copy of clinic card.*) _____

Körperbau (*build and posture*): _____

Wirbelsäule (*spine*): _____

Rechts-/Linkshänder (*right-/lefthanded*): _____

Brüche/Operationen (*hernia/operations*): _____

Ohren/Hörvermögen (*ears/hearing ability*): _____

Sehvermögen (*sight*): _____

Sprachfehler (*speech defects*): _____ Herz/Lunge (*heart/lungs*): _____

Nase (*nose*): _____ Zähne (*teeth*): _____

SG6109\F
ormulare

_____ Datum (*date*) Unterschrift des Arztes (*signature of doctor*)

Zucker (*diabetes*): _____

Bemerkungen (*remarks*): _____

N.B.: Die Untersuchung darf nicht früher als drei Monate vor der Einschulung durchgeführt werden. (*The examination should not be done more than 3 months prior to enrolment.*)