



(Langstempel der Schule)

Schuljahr:

Jahresbericht der Schulärztin des Schularztes

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(Themen 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, Beheizung, Lüftung, 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. Beratung 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. Schulärztin/arzt Sprechstunde für Erziehungsberechtigte:

9. Schulärztin/arzt Dienstzeiten:

10. Schularztzimmer:

entsprechend

nicht entsprechend

Gründe:

Anschaffungsauftrag:

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

Datum:

Schulärztin/Schularzt (Name, Stempel)

Schulleiter/in (Stempel, Unterschrift)