

BESTÄTIGUNG OBLIGATORISCHE SCHULÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG

Ich bestätige, dass die obligatorische schulärztliche Untersuchung durchgeführt wurde bei:

Vorname: _____

Name: _____

Adresse: _____

Wohnort: _____

Name und Adresse des Arztes (Stempel)

Datum: _____

Unterschrift: _____

**Wichtig: Der Reihenuntersuch muss vor dem 6. Geburtstag erfolgen, damit dieser von der Grundversicherung übernommen wird!
Erfolgt der Untersuchung nach dem 6. Geburtstag, gibt es zwei Möglichkeiten: Untersuchung durch Vertrauensarzt (→ Selbstkosten) oder Untersuchung durch Schularzt Dr. Heim in Büron (→ Kosten werden von der Gemeinde übernommen).**