



PRIMARSCHULE
GOMMISWALD

Postfach 48, 8737 Gommiswald
www.primarschule.gommiswald.ch

Telefon 055 280 65 24
sekretariat.primar@gommiswald.ch

Arztuntersuch/Impfung durch **Privatarzt**

Dieses Formular muss nur an die Lehrkraft abgegeben werden, wenn der **Untersuch** und die allfällige **Impfung** durch den **Privatarzt** (und nicht durch den Schularzt) gemacht wird.

Bitte, **2-fach** ausfüllen:

1 Ex. an Lehrkraft (Eingabetermin analog Impfausweis) und
1 Ex. an Privatarzt beim Untersuch.

Geschätzte Eltern

Falls Sie Ihr Kind durch Ihren **Privatarzt** untersuchen und allenfalls impfen lassen möchten, steht dies Ihnen frei. Wir machen Sie aber ausdrücklich darauf aufmerksam, dass die **Kosten vollumfänglich zu Ihren Lasten bzw. Ihrer Krankenkasse** gehen und der Untersuch sowie die Impfung **ausserhalb der Schulzeit** vorzunehmen sind. Am besten vereinbaren Sie mit Ihrem Privatarzt gleich einen Termin.

Wir möchten unser Kind durch unseren **Privatarzt untersuchen** und allenfalls impfen lassen.

Name/Vorname des **Kindes**:

Name/Vorname des **Privatarztes**:

Ort des **Privatarztes**:

Datum	Unterschrift eines Erziehungsberechtigten
-------------	-------	-----------------------------------------------------	-------



PRIMARSCHULE
GOMMISWALD

Postfach 48, 8737 Gommiswald
www.primarschule.gommiswald.ch

Telefon 055 280 65 24
sekretariat.primar@gommiswald.ch

Arztuntersuchung/Impfung durch **Privatarzt**

Dieses Formular muss nur an die Lehrkraft abgegeben werden, wenn der **Untersuch** und die allfällige **Impfung** durch den **Privatarzt** (und nicht durch den Schularzt) gemacht wird.

Bitte, **2-fach** ausfüllen:

1 Ex. an Lehrkraft (Eingabetermin analog Impfausweis) und
1 Ex. an Privatarzt beim Untersuch.

Geschätzte Eltern

Falls Sie Ihr Kind durch Ihren **Privatarzt** untersuchen und allenfalls impfen lassen möchten, steht dies Ihnen frei. Wir machen Sie aber ausdrücklich darauf aufmerksam, dass die **Kosten vollumfänglich zu Ihren Lasten bzw. Ihrer Krankenkasse** gehen und der Untersuchung und die Impfung **ausserhalb der Schulzeit** vorzunehmen sind. Am besten vereinbaren Sie mit Ihrem Privatarzt gleich einen Termin.

Wir möchten unser Kind durch unseren **Privatarzt untersuchen** und allenfalls impfen lassen.

Name/Vorname des **Kindes**:

Name/Vorname des **Privatarztes**:

Ort des **Privatarztes**:

Datum	Unterschrift eines Erziehungsberechtigten
-------------	--------------------------------------------------------

Mitteilung an Privatarzt

Bitte, nach erfolgtem **Untersuch unterschreiben** und an die Eltern zuhanden der Lehrkraft abgeben oder an das Sekretariat der Primarschule Gommiswald, Postfach 48, 8737 Gommiswald, senden. Vielen Dank!

ohne Befund

mit Befund

Datum	Stempel/Unterschrift des Privatarztes
-------------	----------------------------------------------------
