



(Langstempel der Schule incl. Schulkennzahl)

Schuljahr: _____

Schulärztlicher Jahresbericht für BUNDESSCHULEN

NAME der Schulärztin / des Schularztes: _____

Namen der weiteren Schulärzte an der Schule: _____, _____

Gesamtzahl der SchülerInnen: _____ (Knaben _____ Mädchen _____)

1.1. Anzahl der (nach § 66 SchUG) **untersuchten SchülerInnen:** _____ (Knaben _____ Mädchen _____)

1.2. Anzahl der Mitteilungen (nach § 66 Abs.2 SchUG): _____ (Knaben _____ Mädchen _____)

1.3. Anzahl aller weiterer Konsultationen durch Schüler, Lehrer, Eltern u.a.: _____

1.4. Anzahl der Untersuchungen nach § 13 SMG (Suchtmittelgesetz): _____

2.1. Ausstattung des Schularztzimmer (bitte ankreuzen): entsprechend nicht entsprechend
Gründe (wenn nicht entsprechend) bzw. Anschaffungsvorschlag: (Anm.: _____)

2.2. Hygienische Mängel an der Schule: nein ja (Anm.: _____)
(falls ja, ist eine Meldung durch die Schulleitung an den Schulerhalter notwendig)

3. Statistiken/Protokolle (optional): wenn vorhanden bitte Statistiken oder Protokolle beilegen.
(z.B. Übergewicht, Rauchen, Haltungsauffälligkeiten, Sehschwäche, Schulbegehung, Projekte u.a.)

4. allgemeine Vorschläge oder persönliche Mitteilungen: (kann auch als Beilage angefügt werden)

Hinweis: Der Jahresbericht ist bis **spätestens Ende** des jeweiligen **Schuljahres** von jeder/m an der Schule tätigen Schulärztin/arzt vollständig auszufüllen (Kontrolle durch die Schulleitung) und an den schulärztlichen Dienst BD-Steiermark (z.H. Fr. Skargeß) zu übermitteln.

Datum _____

Schulärztin/Schularzt (Stempel, Unterschrift)

Schulleiter/in (Stempel, Unterschrift)