



(Schulkennzahl) _____

Schuljahr: _____

Schulärztlicher Jahresbericht für PFLICHTSCHULEN

NAME der Schulärztin / des Schularztes: _____

Namen weiterer Schulärzt/innen an der Schule: _____ , _____

Gesamtzahl der Schüler/innen: _____ (Knaben _____ Mädchen _____)

-
- 1.1. **Anzahl der** (nach § 66 SchUG) **untersuchten Schüler/innen:** _____ (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 die jeweilige Bildungsregion zu übermitteln.
Die gesammelten Berichte sind dann **von der Bildungsregion inclusive** einer von der BD zur Verfügung gestellten **digitalen Auswertevorlage** an den schulärztlichen Dienst LSR-Steiermark (z.H. Fr. Skargeth) zu übermitteln.

Datum _____

Schulärztin/Schularzt

Schulleiter/in