

Bosnisch/kroatisch/serbische Übersetzung des Formulars "Mitteilung an die Eltern und an die Jugendlichen über die obligatorischen schulärztlichen Untersuchungen" / Ausgabe 2021

Obavijest roditeljima i omladini o obaveznim školskim liječnickim pregledima

Cijenjeni roditelji i učenici,

školska zdravstvena služba u opcinama bernskog kantona, koja djeluje na temelju zakonskih odredbi, provjerava zdravstveno stanje u javnim i privatnim dječjim vrtićima te u školama u toku obaveznog skolovanja.

Školska liječnicka služba vrši preglede zdravstvenog stanja djece u prvom semestru 2. godine vrtića (ili, ako dijete ne posjećuje vrtić, u prvom semestru 1. godine osnovne škole), u 4. razredu osnovne škole te u drugom semestru druge godine srednje škole. Pojediniosti o sadržaju i opsegu pregleda navedene su na poledjini. Za nove učenike koji kreću u školu manjkajući pregledi bit će naknadno obavljani.

Ovi su pregledi školskog liječnika obavezni. Mogu se izvršiti ili besplatno kod kućnog liječnika ili na teret roditelja. Poslije izvršenog pregleda kućni liječnik mora izdati potvrdu (gledaj na poledini) po mogućnosti u vreme predviđenog datuma pregleda. **Tjedan dana prije školskog liječnickog pregleda** ova potvrda mora stići do školskog liječnika. **U slučaju da na dan školskog liječnickog pregleda nema potvrde, tada će školski liječnik poduzeti obvezni pregled.**

U školski liječnicki pregled spada i kontrola obavljenih cijepljenja. Školski liječnik/liječnica može s Vašim pismenim pristankom obaviti potrebna cijepljenja. U suprotnom vas upućujemo Vašem kućnom liječniku/liječnici, da oni obave potrebna cijepljenja.

Ako se prilikom školskog liječnickog pregleda utvrde zdravstvene smetnje, o tome će Vas obavijestiti školski liječnik/liječnica i zamoliti Vas da se javite kućnom liječniku/liječnici radi pojašnjenja ili liječenja. Školski liječnik/liječnica nije nadležan za pojašnjenja i liječenje.

Školski liječnik/liječnica Vam stoji na raspolaganju za savjete u pogledu svih pitanja koje se tiču eventualnih zdravstvenih problema Vase djece u vezi sa školom.

Vorgesehener Termin der schulärztlichen Untersuchung durch die Schulärztin/den Schularzt/Predvidjeni datum školskog liječnickog pregleda koji utvđjuje školski liječnik:

Die Schulärztin/der Schularzt:
Školski liječnik/liječnica:

Učitelji u školi dužni su podijeliti ovaj obrazac najmanje mjesec dana prije zakazanog termina pregleda kod školskog liječnika/liječnice.

Opseg i sadržaj obaveznih školskih liječničkih pregleda, u skladu s odredbom od 8. lipnja 1994. o službi školskog zdravstva (promjena 22. svibnja 2013).

2. godina dječjeg vrtića - Utvrđivanje povijesti bolesti s roditeljima na osnovi Upitnika ili u razgovoru;
- Kontrola dosadasnjih izvršenih cijepljenja, po mogućnosti preporuka i izvođenje cijepljenja;
- Pregled oćiju i sluha (propisuje se audiometrija);
- Utvrđivanje nedostataka vezanih uz školu, osobito vezano uz motoriku, jezik i razvoj;
- Mjerenje visine i težine.
4. razred osnovne škole - Utvrđivanje popisa bolesti s roditeljima na osnovi Upitnika ili u razgovoru;
- Kontrola dosadasnjih izvršenih cijepljenja, po mogućnosti preporuka i izvođenje cijepljenja;
- Pregled oćiju i sluha (audiometrija predpisana);
- Pregled kralježnice, osobito vezano uz skoliozu, zakrivljenost i držanje;
- Mjerenje visine i težine.
2. godina srednje škole - razgovor s mladićem ili djevojkom o zdravstvenim pitanjima i ponašanju na temelju prethodno ispunjenog upitnika;
- Kontrola dosadasnjih izvršenih cijepljenja, po mogućnosti preporuka i izvođenje cijepljenja;
- Pregled oćiju i sluha (propisuje se audiometrija);
- Mjerenje krvnog pritiska radi utvrđivanja mogućeg visokog pritiska;
- Mjerenje visine i težine.

Po želji i u suglasnosti s roditeljima ili ucenicima školski liječnik/liječnica može pri svakom školskom zdravstvenom pregledu poduzeti daljnje tjelesne pretrage kao i dati savjete uz određene probleme.

..... ✂
Bestätigung der Hausärztin/des Hausarztes über die schulärztliche Untersuchung, die wie oben beschrieben durchzuführen ist / Potvrda kućnog liječnika o školsko liječničkom pregledu, kojeg treba izvršiti po gomjnim propisima*:

Hiermit bestätige ich, dass ich die obligatorische schulärztliche Untersuchung gemäss Verordnung vom 8. Juni 1994 über den schulärztlichen Dienst bei / Ovdje potvrđujem, da sam izvršio obvezan školsko liječnički pregled prema odluci od 8. lipnja 1994 u vezi školsko liječničke službe kod

Name/Ime: _____ Vorname/Prezime: _____

Geb.datum/Datum rođjenja: _____ Klasse/Razred: _____ Schulhaus/Skolska zgrada: _____

Name/Vorname der Eltern/Ime/prezime roditelja: _____

Adresse/Ulica i mjesto: _____

durchgeführt habe oder/ili da cu ga dana

am _____ durchführen werde/izvršiti.

Ort und Datum/Mjesto i datum: _____

Stempel und Unterschrift der Hausärztin/des Hausarztes:
Pечат i potpis kućnog liječnika/liječnice:

***Dostaviti školskom liječniku/liječnici tjedan dana prije školskog liječničkog pregleda.**