Kanton St.Gallen
Gesundheitsdepartement

St.Gallen impft!

https://www.sg-impft.ch/ 

**Amt für Gesundheitsvorsorge**Schulärztlicher Dienst

**Persönliche Impfkontrolle**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kind (Vorname Name) |  | Erziehungsberechtigt (Vorname Name) |
| Geburtsdatum |  | Strasse |
| Klasse |  | PLZ/Ort |
| Schulhaus/Ort |  | Telefon |

**Basisimpfung für Kinder und Jugendliche gemäss Schweizerischer Impfplan des BAG**



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Für Erziehungsberechtigte:** |
| **Impfung gegen**  | Vom Schularzt/Schulärztin nach Impfplan empfohlene Impfung  | **Ja** einverstanden  | **Nein**keine Impfung  | **Nein** Impfung durch Privatarzt/Ärztin  |
| Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten und Kinderlähmung  |  |  |  |  |
| Diphtherie, Starrkrampf und Keuchhusten  |  |  |  |  |
| Diphtherie, Starrkrampf und Kinderlähmung  |  |  |  |  |
| Diphtherie und Starrkrampf  |  |  |  |  |
| Kinderlähmung  |  |  |  |  |
| Masern, Mumps und Röteln  |  |  |  |  |
| Masern, Mumps, Röteln und Varizellen (= Windpocken) |  |  |  |  |
| Hepatitis B  |  |  |  |  |
| Meningokokken der Serogruppe B |  |  |  |  |
| Meningokokken der Serogruppen A,C,W,Y |  |  |  |  |
| Humane Papillomaviren (HPV) für Mädchen und Jungen |  |  |  |  |
| Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)  |  |  |  |  |
| Varizellen (= Windpocken) **Hat Ihr Kind Windpocken gehabt?** \*□Ja □ Nein □ Ich weiss nicht.**Falls ja, war das Kind zu diesem Zeitpunkt schon 1 Jahr alt** **oder** **älter?** \*□Ja □ Nein | \* Impfung ist nicht nötig, wenn Ihr Kind Windpocken nach dem 1. Geburtstag durchgemacht hat.  |  |  |  |
|  |  | *Datum* |
| *Stempel/Unterschrift des Schularztes/Ärztin* |  | *Unterschrift Erziehungsberechtigte/r* |