

Schulärztlicher Tätigkeitsbericht für das Schuljahr 2016/17

Die eigentliche Erhebung wird erst am Ende des Schuljahrs mittels Online-Fragebogen stattfinden!

Schulkennzahl - (Schultyp und Name der Schule automatisiert)

Schuljahr – (automatisiert)

Name des Schularztes – (automatisiert)

Was war Ihre wöchentliche Gesamtarbeitszeit in Stunden?

1. Halbjahr: ---
2. Halbjahr: ---

Wie viele Schulärztinnen/ärzte sind insgesamt an Ihrer Schule tätig? ---

Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler: ---

Mädchen: Burschen:

1. Beratungsleistungen

Wie viele gutachterliche Untersuchungen über Antrag der Schulleitung haben Sie durchgeführt? ---

Wie viele schulärztliche Untersuchungen nach § 13 Suchtmittelgesetz haben Sie durchgeführt? ---

Haben Beratungen der Schulleitung bezüglich Schulhygiene stattgefunden? ja/nein

Wie viele Einzelberatungsgespräche mit Lehrkräften wurden durchgeführt? ---

Gab es eine Zusammenarbeit mit der Arbeitsmedizinerin/ dem Arbeitsmediziner der Schule? ja/nein
Wenn ja, in welcher Weise? OF (offene Frage)

Haben Sie an Elternabenden oder Elternsprechtagen teilgenommen? ja/nein

Haben Sie Vorträge für Lehrkräfte gehalten? ja/nein
Haben Sie Vorträge für Schüler/innen gehalten? ja/nein

2. Beratende Teilnahme an Lehrerkonferenzen und Sitzungen des Schulgemeinschaftsausschusses

Wurden Sie zu Lehrerkonferenzen eingeladen? ja/nein
Wurden Sie zu SGA-Sitzungen eingeladen? ja/nein
An wie vielen Sitzungen haben Sie teilgenommen?: ---

Haben Sie an gesundheitsfördernden Schulprojekten mitgewirkt? ja/nein
Haben Sie gesundheitsfördernde Projekte selbst initiiert? ja/nein

3. Beobachtung der biologischen Entwicklung der Schüler/innen

Anzahl der Untersuchungen laut § 66 SchUG: ---

Anzahl der schriftlichen Elternmitteilungen (Gesamtzahl): ---

Anzahl der Überwachungsschüler/innen: ---

Nur an BAKIP und Schulen mit sportlichem Schwerpunkt:

Anzahl der Eignungsuntersuchungen:---

Anzahl der Befreiungen/ Schonungen im Gegenstand Bewegung und Sport für ein ganzes Semester / Schuljahr: ---

Anzahl der Befreiungen/ Schonungen für ein ganzes Semester/ Schuljahr in anderen Gegenständen: ---

Gab es bei defizitärem Bewegungszustand einzelner Schülerinnen und Schüler persönliche Kontakte mit den Bewegungs- und Sportlerzieher/innen? ja/nein

Steht Ihnen eine eichfähige Waage zur Verfügung? ja/nein
Wurde die Waage innerhalb der beiden letzten Jahre geeicht? ja/nein
(entsprechend der gesetzlich vorgeschriebenen Eichpflicht und in Hinblick auf mögliche Kontrollen durch die Eichämter)

Welche Trends in Bezug auf die motorischen Grundeigenschaften der Schüler/innen nehmen Sie wahr?: OF
Welche Trends beobachten Sie in Bezug auf das Gesundheitsverhalten der Schüler/innen?: OF
Welche Trends beobachten Sie in Bezug auf die Gesundheit der Schüler/innen?:

OF

4. Kooperation mit der Gesundheitsbehörde

Wurden an Ihrer Schule Schulimpfungen des nationalen
Gratiskinderimpfprogramms durchgeführt? (*nicht für BMHS*) ja/nein
Falls ja: waren Sie in die Organisation und/oder Durchführung maßgeblich
eingebunden? ja/nein

Gab es Ausbrüche von Infektionskrankheiten oder andere Vorfälle, welche
die Zusammenarbeit mit der Gesundheitsbehörde erforderlich machten?
ja/nein

5. Erste Hilfe

Wurde die Erste Hilfe Ausstattung von Ihnen bzw. gemeinsam mit den
Erste Hilfe Beauftragten der Schule überprüft? ja/nein

Haben Sie selbst an der Schule Erste Hilfe Kurse abgehalten ja/nein
für Schüler/innen ja/nein
für Lehrpersonen ja/nein

Sind Sie Erste Hilfe Lehrbeauftragte/r einer Rettungsorganisation?
ja/nein

Gab im vergangenen Schuljahr schwere Unfälle an der Schule? ja/nein
Gab es lebensbedrohliche Notfälle? ja/nein
Hatten Sie andere Kriseninterventionen? ja/nein

6. Schulärztliche Sprechstunden und Konsultationen durch Schüler/innen

Beratungen, Erste Hilfe Leistungen und Untersuchungen auf Wunsch der Schüler/innen

Anzahl der dokumentierten Konsultationen durch Schüler/innen
insgesamt: (automatisiert)

bei akuten Beschwerden: ---

bei Verletzungen: ---

bei überwiegend psychosozialen Problemen: ---

bei Fragen in Zusammenhang mit Sexualität und Aufklärung: ---

bei Schwierigkeiten in der Klassengemeinschaft (z. B. Bullying): ---

anderes: ---

Vernetzung mit anderen schulischen Beratersystemen

Gab es persönliche Kontakte mit
Schulpsychologie ja/nein

Jugendcoaching ja/nein

Schulsozialarbeit ja/nein

Sind Sie Mitglied eines Krisenteams an der Schule? ja/nein

Sind Sie Mitglied eines psychosozialen Netzwerkes an der Schule? ja/nein

Gibt es Tätigkeiten, die Ihnen wichtig erscheinen und die nicht abgefragt wurden? OF

Welche Themen für schulärztliche Fortbildungen würden Sie sich wünschen? OF

Wollen Sie uns sonst noch etwas mitteilen? OF

Ein Ausdruck dieses Tätigkeitsberichts wurde von der Schulleitung unterzeichnet und zur Weiterleitung an die Landesschulärztin/ den Landesschularzt freigegeben. Ja

Vielen Dank für Ihre Kooperation!