**Amtsärztliche Bestätigung im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Untersuchung zum Status „Schwerstmehrfachbehinderung“  
von Schülerinnen/Schülern**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname Schüler/in:** | |  | | | |
|  | |  | | | |
| **Geburtsdatum:** | |  | | | |
|  | |  | | | |
| Amtsärztliche Bestätigung im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Untersuchung gemäß der Verordnung des SMK über die Schulgesundheitspflege (Sächsische Schulgesundheits-pflegeverordnung - SächsSchulGesPflVO). | | | | | |
| Im Ergebnis der kinder- und jugendärztlichen Untersuchung | | | | | |
| im Schuljahr | / | | wird für die o. g. Schülerin/ den o. g. Schüler der Status | | |
| **Schwerstmehrfachbehinderung** | | | | | |
| ärztlicherseits empfohlen. | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | |  |  |
| Ort/ Datum | | | |  | Unterschrift der Ärztin/des Arztes |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  | Stempel/Anschrift der Ärztin/des Arztes |