



10-c  
ELEKTIVER GESUNDHEITS-CHECK-UP

**Letzter Termin  
30.06.2025**

### SPESENABRECHNUNG SCHULARZT Schuljahr 2024/2025

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum : .....

Genaue Adresse: .....

AHV Nr.: ..... Tel Nr. : .....

E-Mail: .....

Bezahlung: Bank des Begünstigten .....

IBAN .....

Name und Adresse des Begünstigten (wenn abweichend) .....

Datum der Untersuchung	Region	Schule	Anzahl der untersuchten Schüler	Anzahl Stunden
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

<b>Total</b> .....	.....
--------------------	-------

**Einschliesslich Verwaltungsarbeit und Fahrspesen.**

Datum: ..... Unterschrift & Stempel: .....  
des Schularztes

Bitte zurücksenden an  
**Gesundheitsförderung Wallis**  
**Einheit Schulgesundheits**  
 Rue de Condémines 14 - 1951 Sitten  
 vaccination@psvalais.ch