

Tisztelt Szülő!

Gyermeke iskola-egészségügyi ellátásához az alábbi információkra van szükségünk. Kérjük, válaszoljon a következő kérdésekre, szükség esetén a kitöltéshez kérje az iskola-egészségügyi szolgálat, a házi orvos vagy a házi gyermekorvos segítségét! Adataikat az 1992. LXIII. törvénynek megfelelően kezeljük és tároljuk.

A tanuló neve:		Osztály:	
Születési hely, idő:	TAJ szám:		
Lakcím:			
Anya neve:	Tel:	e-mail:	
Apa neve:	Tel:	e-mail:	
Házi orvos neve:	Tel:		

A gyermek egészségi állapotára vonatkozó adatok:

Születési hét, súly:		Szülés módja: normál- császármetszés- vacuum- fogó	
Születés körüli probléma: nem volt - éleszteni kellett – lélegeztetés - sárgaság - fertőzés			
Veleszületett fejlődési rendellenesség: nem - igen:			
Korai fejlődés: megfelelő – eltérő:			
Fertőző betegségek: bárányhimlő – skarlát – egyéb:			
Gyógyszerallergia: nem – igen:			
Egyéb allergia: nem – igen:			
Különleges táplálkozási igény: nem – igen:			
Műtétek megnevezése:			időpontja:
Baleset(szakellátást igénylő):			
Krónikus betegségek (utolsó gondozási leletét kérjük beküldeni.) szív – tüdő - vese, húgyutak – cukor - mozgásszervek- epilepszia - egyéb:			
krónikus betegség neve:		gondozás kezdete:	gondozás vége:
Érzékszervi problémák			
Látásprobléma: nincs – van:		szemüvege adatai:	
hallásprobléma: nincs – van:		hallókészülék: nincs - van	
Sajátos nevelési igényű gyermek(SNI): nem – igen, oka:			
Érzelmi, magatartási probléma: nem volt- nincs - hiperaktivitás, figyelemzavar - depresszió – szorongás – beilleszkedési – magatartási probléma – egyéb:			
Gyógyszerei (rendszeres):			
Egyéb közölnivaló (pl. testnevelési felmentések, eszméletvesztéssel járó rosszullétek, szédülés, szociális háttér,kérések, egyéb)			
Előző iskola neve, címe:			

A gyermek betegségre való hajlamosító tényezőinek felderítése és a hatékony megelőzés érdekében kérjük, nyilatkozzon a családban előforduló alábbi betegségekről:

Betegség	Anya/ családja	Apa/ családja	Testvér(ek)
Szív- érrendszeri betegség (magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés)			
Allergia, asztma			
Krónikus gyomor-bélrendszeri betegség			
Krónikus vese- és húgyúti betegség			
Cukorbetegség			
Elhízás			
Idegrendszeri/elme-betegség			
Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség			
Csípőficam			
Daganatos betegség			
Csökkentlátás/vakság			
Nagyothallás/süketség			
Egyéb (korai halál, lisztérzékenység, stb)			

Együttműködésüket köszönjük:

Az Iskola-egészségügyi Szolgálat dolgozói

Szülői /gondviselői nyilatkozat

Alulírott nyilatkozom, hogy az általam adott információk a valóságnak megfelelnek:

Alulírott hozzájárulok, hogy gyermekemet az iskolaorvos akut ellátás céljából gyógyszeres kezelésben részesítse.
(megjegyzés: életveszély elhárításához hozzájárulás nem szükséges).

Kérjük a megfelelő választ aláhúzni: igen nem

Dátum:

Szülő/ gondviselő aláírása