

EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV

Tisztelt Szülő / Gondviselő!

Tájékoztatjuk Önt arról, hogy az 51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben, valamint a 26/1997. (IX. 3.) NM rendeletben foglaltak szerint gyermeke az iskolában egészségügyi ellátásban részesül, a rendeletben meghatározott időközönként **orvosi vizsgálatra és védőnői szűrővizsgálatra kötelezett**. A tanulókról egészségügyi dokumentációt szükséges vezetnünk.

Kérjük, segítse munkánkat ezen adatlap kitöltésével!

Alapadatok:

Tanuló neve:		Osztály/szakma:
Szül.hely:	Anyja neve:	
Szül.idő:	TAJ szám:	
Lakcím:	kollégium: igen nem	
Házi /gyermek/ orvos neve: Dr.		
Gondviselő neve:	Elérhetősége:	

Előző iskola, ahová járt?

Iskola neve / osztály:.....

Iskola címe:.....

Egészségügyi alapadatok:

(Kérjük a válaszadáskor az „igen”-t vagy a „nem”et „X”-el jelölni)

Krónikus betegség, látás-, hallás probléma esetén a szakorvosi lelet fénymásolatát csatolni szíveskedjék!

	igen	nem	részletezve
Korábbi kórházi kezelés, műtét			
Sérülés, törés			
Gerinc, végtagok, ízületek betegsége			
Szív, keringési rendszer betegsége			
Tüdőbetegség, asztma			
Epilepszia, idegrendszer betegsége			
Máj, vese, gyomor, pajzsmirigy betegsége			
Cukorbetegség			
Idült bőrbántalom (ekcéma, allergia)			
Fertőző betegség			
Rendszeres gyógyszeresedés, a gyógyszer neve			
Testnevelés alóli felmentés, annak oka			
Szemüveg / kontaktlencse			
Szintévesztés			
Halláskárosodás – hallókészüléket visel			
Gyógyszerérzékenység, a gyógyszer neve			
Egyéb allergia			
Iskolai teljesítmény és magatartás zavar			
Káros szenvedély (dohányzás, alkohol, energiaital, kábítószer)			
Egyéb betegség			

LÁNYOK: Első menstruáció ideje (év), hány napig tart, rendszeres-e?.....

Igényel-e rendszeres orvosi ellenőrzést (orvos neve, hol?):.....

Ha a tanév során gyermekük egészségi állapotában változás állna be, kórházi kezelésre szorult, kérjük, ezt jelezzék az iskola-egészségügy felé és a zárójelentés/ lelet fénymásolatát kérjük behozni!

Amennyiben a gyermeke a tanulmányai alatt bármikor szakmát szeretne módosítani, mindig meg kell jelenni az iskolaorvosnál a szakmára való alkalmasságának elbírálása végett!

A kötelező iskolai védőoltások **MMR, dTap, Hepatitis-B elleni oltásokat a szülő/törvényes képviselő igazolni köteles.** *Közösségbe csak az előírt oltásokkal rendelkező gyermek vehető fel (18/1998. (VI.3.) NM rendelet).* Ezért a **gyermeke védőoltási kiskönyveit** („csecsemőkori”, iskolai) **kérjük bemutatni!**

Család egészségére vonatkozó aktuális adatok:

Kérjük a válaszadáskor az „igen” választ „X”-el jelölni!

Betegség	Anya	Anya családja	Apa	Apa családja	Testvér /ek	Betegség neve:
szív- érrendszeri betegség						
allergia, asztma						
Kr. gyomor-bélrendszeri bet.						
Kr. vese- húgyúti betegség						
Cukorbetegség						
Elhízás						
Idegrendszeri/elme betegség						
Fejlődési rendell, öröklődő b.						
Daganatos betegség						
Csökkent látás / vakság						
Nagyothallás / sükettség						
Egyéb						

Ha ebben a tanévben **gyermekének testnevelésből könnyítésre, vagy felmentésre** van szüksége, kérjük, hogy **szeptemberben friss szakorvosi lelettel az iskola-egészségügyi szolgálatot keresse fel!**

Felhívjuk figyelmét arra, hogy testnevelés alóli tartós teljes felmentés egyes szakmacsoportokban kizárja a szakmai alkalmasságot!

A fenti adatok kezelésére csak az egészségügyi munkacsoport tagjai jogosultak.

Dr. Báló Mária
iskolaorvos

Dömsödiné Demeter Melinda
iskolavédőnő

Iskola-egészségügyi szolgálat elérhető: „B” épület, orvosi szoba (Petőfi S. u. 15.)

Iskolaorvos: keddenként 9 – 11 óra között (Tel.: 30/99 64 603)

Védőnő: hétfőtől – péntekig 8 – 14 óráig, és megbeszélés szerint (Tel.: 30/452 13 86)

**EZT AZ ADATLAPOT KITÖLTVE, A GYERMEKE OLTÁSI KÖNYVEINEK
FÉNYMÁSOLATAIVAL EGYÜTT AZ ALKALMASSÁGI VIZSGÁLATRA
SZÍVESKEDJÉK HOZNI!**

Dátum:.....

.....
Szülő / gondviselő aláírása