

SZÜLŐI NYILATKOZAT A TANULÓ ISKOLA-EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁHOZ

BAE_Iskola-egészségügy_Belső_16

Tisztelt Szülő/Gondviselő!

KÉRJÜK, BEIRATKOZÁSKOR/ AZ ALKALMASSÁGI VIZSGÁLATRA HOZZÁK MAGUKKAL:

- EZT A NYILATKOZATOT KITÖLTVE,
- GYERMEKÜK OLTÁSI KISKÖNYVÉT (GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI KISKÖNYV),
- AZ OLTÁSI KISKÖNY AZON OLDALAINAK A FÉNYMÁSOLATÁT, AMELYEKEN AZ OLTÁSOK SZEREPELNEK,
- A KÓRHÁZI ZÁRÓJELENTÉSEK, GONDOZOTT ELTÉRÉS(EK) ESETÉN AZ ORVOSI LELETEK FÉNYMÁSOLATÁT,
- KÖNNYÍTETT TESTNEVELÉS, GYÓGYTESTNEVELÉS, GYÓGYTORNA, TESTNEVELÉS ALÓLI TELJES FELMENTÉS ESETÉN A LELETET, ILLETVE AZ ERRŐL SZÓLÓ JAVASLATOT.

AMENNYIBEN A TANÉV SORÁN GYERMEKÉNÉL ÁLLAPOTVÁLTOZÁS ÁLLNA BE, KÉRJÜK HALADÉKTALANUL JELEZZE FELÉNK!

Gyermeke iskola-egészségügyi ellátásához az alábbi információkra van szükségünk. Kérjük, válaszoljon a következő kérdésekre, szükség esetén a kitöltéshez kérje az iskola-egészségügyi szolgálat, vagy a házi gyermekorvos segítségét!

A tanuló neve:		Osztálya:
Születési helye:	Szül. ideje:	TAJ száma:
Állandó lakcím:		Tartózkodási hely:
Apja / Gondviselője neve:	Tel:	e-mail címe:
Anyja leánykori neve:	Tel:	e-mail címe:
Házi gyermekorvosa:	Tel:	e-mail címe:
Annak az általános iskolának a neve és címe, ahol a hatodik/nyolcadik osztályt végezte:		

A TANULÓ EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOTÁRA VONATKOZÓ ADATOK: Kérjük az „igen”-t vagy a „nem”-et X-szel szíveskedjen jelölni:

	NEM	IGEN	Amennyiben igen, kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre:
Van-e gyermekének gyógyszerérzékenysége?			Milyen gyógyszerre?
Van-e szénanáthája, egyéb allergiája? (pl.: étel, pollen stb.)			Milyen allergia?
Különleges táplálkozási igény:			Megnevezése:
Milyen fertőző betegségen esett keresztül? (pl: skarlát, vírusos bélgyulladás, leprekímlő, stb.)			A betegség(ek) megnevezése: Mikor esett át rajta?:
Műtét(ek):			Milyen műtét(ek)?: Mikor?:
Baleset(ek) (szakellátást igénylő), törés, agyrázkódás:			Milyen baleset, törés?: Mikor?
Szív és érrendszeri betegség (pl. szívzörej, ritmuszavar, fejlődési rendellenesség, magas vérnyomás stb.)			A betegség(ek) megnevezése:
Légzőszervi betegség, asztma, gyakori tüdőgyulladás, mellhártyagyulladás stb.			A betegség(ek) megnevezése:
Mozgásszervi betegség, (pl. gerincferdülés, lúdtalp, stb.):			A betegség(ek) megnevezése:
Idegrendszeri betegség, pszichiátriai betegség (pl. epilepszia, pánikbetegség, depresszió, szorongás, egyéb):			A betegség(ek) megnevezése:

	NEM	IGEN	Amennyiben igen, kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre:
Máj-, vese-, gyomor-, pajzsmirigy-, cukorbetegség, idült bőrbetegség:			A betegség(ek) megnevezése:
Egyéb: (pl. fejfájás, szédülés, írási-, olvasási-, számolási zavar, beszédzavar, stb.)			
Áll-e rendszeres orvosi gondozás alatt?			Amennyiben orvosi gondozás alatt áll, <u>hol</u> gondozzák?:
Rendszeres gyógyszereszedés:			A gyógyszer neve: Adagolása: Milyen betegségre szedi?:
Veleszületett vagy szerzett fejlődési rendellenesség:			Milyen rendellenesség?:
Van-e szemészeti eltérése?:			Megnevezése:
Színtévesztés:			
Van-e szemüvege?			Dioptria: Jobb: Bal:
Van-e hallás eltérése?			Mi az oka?:
Jár-e vagy korábban járt-e gyógytestnevelésre/gyógytornára?			Milyen eltérés miatt és mikor?:
Van-e, (volt-e) testnevelés alóli felmentése?			Milyen eltérés miatt és mikor?:
Könnyített testnevelésen részt vesz- e? (pl. asztma, szénanátha, kardiológiai-, orthopédiai-, stb. eltérés miatt)			Milyen eltérés miatt?

A CSALÁD EGÉSZSÉGÉRE VONATKOZÓ AKTUÁLIS ADATOK (Jogsabályi előírás alapján)

Kérem, jelölje be (X-szel), hogy mely családtagjuknál mely betegség(ek) fordul(nak/tak) elő!

Betegség	Anya	Anya családja	Apa	Apa családja	Testvér	Betegség megnevezése
Szív érrendszeri betegségek (magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés)						
Allergia, asztma						
Krónikus gyomor-, bélrendszeri betegség						
Krónikus vese-, húgyúti betegség						
Cukorbetegség						
Elhízás						
Idegrendszeri / elme betegség						
Fejlődési rendellenesség						
Örökítő betegség						
Daganatos betegség						
Csökkentlátás / vakság						
Nagyothallás / sükettség						
Egyéb: (pl. pajzsmirigy stb.)						

A FENTI ADATOK KEZELÉSÉRE CSAK AZ ISKOLA-EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT TAGJAI JOGOSULTAK.

dr. Csorba Noémi
iskolaorvos
+36 20 411 3800

Czank Erika
iskolavédőnő
+36 20 411 4370

Alulírott az iskola-egészségügyi munkáról szóló tájékoztatást elolvastam (l. az iskola honlapján), azt támogatom, kijelentem, hogy gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs, az általam adott információk a valóságnak megfelelnek.

Dátum: _____

Szülő aláírása: _____