

**EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAP ZÁRTAN KEZELENDŐ ISKOLAEGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT RÉSZÉRE**

**Tisztelt Szülő/Gondviselő!**

**Kérjük, az alábbiak pontos kitöltését gyermeke egészségi állapotának nyomon követése céljából.**

**A tanuló alapadatai:**

Tanuló neve:	TAJ száma:
Születési hely:	Születési Idő:
Állandó lakcím:	Tartózkodási hely:
Anyja neve:	Elérhetősége Tel:
Apja neve:	Elérhetősége Tel:
Gondviselő neve:	Elérhetősége Tel:
Házi-gyermekorvos neve:	Elérhetősége Tel:

**A tanuló egészségügyi alapadatai:**

Kérjük, a válaszadáskor az „igen”-t vagy a „nem”-et „X”-szel szíveskedjék jelölni!

	igen	nem	Amennyiben a válasz igen, milyen jellegű a megbetegedés?
Gerinc, végtagok, ízületek <b>betegsége</b> ,(pl. gerincferdülés, lúdtalp, stb...):			Milyen korrekció történik?
Gerinc, végtagok, ízületek, mellkasi-,hasi <b>sérülések</b> törés,rándulás,ficam)			
Szív, keringési rendszer betegsége (pl. szívzörej, ritmuszavar, fejlődési rendellenesség, magas vérnyomás, stb...):			
Asztma, tüdőbetegség (pl. gyakori tüdőgyulladás, mellhártyagyulladás):			
Idegrendszer betegsége, pszichiátriai betegség: (pl. epilepszia, pánikbetegség, idegkimerültség, depresszió, szorongás, játékszenvedély, drog fogyasztás, egyéb)			
Egyéb: pl. fejfájás, szédülés, nő-gyógyászati problémák,írási-,olvasási-, beszédzavar, számolási probléma,			
Idült bőrbántalom (pl. ekcéma, stb...):			
Máj, vese, gyomor, pajzsmirigy betegsége:			
Veleszületett,szerzett fejlődési rendellenességek:			
Halláskárosodott-e, hallókészüléket visel-e?			
COVID-19 irányában vizsgálat/ betegség,			
Cukorbetegség:			A gyógyszer neve:
Rendszeres gyógyszeresedés:			Adagolása:
Milyen betegségre szedi?			
Testnevelés alóli felmentés:			A felmentés oka:
Szemüveg, kontaktlencse van-e?			Dioptria: jobb:      bal:
Szintévesztő-e?			
Allergia( gyógyszer, táplálék, stb),szénanátha			A gyógyszer neve:

**Kórházi kezelések zárójelentéseit, rendszeres szakorvosi ellenőrzés esetén legutóbbi szakorvosi lelet, a gyermek-egészségügyi kiskönyvből a védőoltások olvasható fénymásolatát a tanuló nevével kérjük csatolni.** Ha a tanév során állapot változás állna be, kérjük, ezt jelezzék felénk.

A fenti adatok kezelésére csak az egészségügyi szolgálat tagjai jogosultak.

**Előző iskolák adatai:**

1. iskola neve,címe:.....
2. iskola neve, címe:.....

**Együttműködését előre is köszönjük. Tisztelettel:**

dr. Hajós Éva iskolaorvos      Gápelne Patkós Éva védőnő

Budapest 2021. május

Tájékoztatom, hogy gyermeke orvosi vizsgálatra és védőnői szűrővizsgálatra kötelezett az 1997. évi CLIV. Egészségügyi Törvényben, az 51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben, és a 26/1997. (IX. 3.) NM rendeletben meghatározottak szerint. A vizsgálatok helyszíne az iskola orvosi rendelője.

**Aláírással igazolom, hogy gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs, az esedékes szűrővizsgálatokról és a gyermekek jogairól, értesítettek, (az iskola honlapján olvasható) annak jelentőségéről a szükséges információt megkaptam és azt megértette.**

Dátum: .....

.....  
Szülő/gondviselő aláírása

**2021. júniusban a kitöltött és aláírt adatlapot kérjük hozza magával a beiratkozásra, oltások,zárójelentések,szakorvosi leletek fénymásolatával együtt.**

**2021.09.30-ig kérjük, hogy az egy évnél nem régebbi szemész szakorvosi leletet (éleslátás, színlátás vizsgálata) jutassa el az iskola-egészségügyi szolgálathoz.**

**A család egészségére vonatkozó aktuális adatok ( jogszabályi előírás alapján)**

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