

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:	Telefon:
	E-mail:
Apja neve:	Telefon:
	E-mail:
Gondviselő neve:	Telefon:
	E-mail:
Házi-gyermekorvos neve:	Telefon:
	E-mail:

Előző iskolák adatai:

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

Kérjük, hogy a jelentkező tanulók az **alkalmassági vizsgálatra, 2025. május 19-én (technikumba felvett tanulók) illetve a gimnáziumba jelentkező tanulók a beiratkozásra** hozzák magukkal az alábbi egészségügyi dokumentumok **FÉNYMÁSOLATÁT**:

- gyermek-egészségügyi kiskönyvből a ***kötelező védőoltások igazolását - fénymásolatban***
- egy évnél nem régebbi ***szemész szakorvosi / vagy optometrista vizsgálati leletet (éleslátás, színlátás vizsgálata)***
- a kitöltött és szülő által aláírt ***adatlapot*** (1-3 oldal)
- ***8.osztályos szűrővizsgálat eredményét***

Ha a tanév során a tanuló egészségi állapotában változás állna be, kérjük, hogy az aktuálisegészségügyi dokumentációt juttassák el részünkre.

Az egészségi állapotra vonatkozó adatok kezelésére csak az egészségügyi szolgálat tagjai jogosultak.

Együttműködését előre is köszönjük. Tisztelettel:

Dr. Rácz Fodor Anna
iskolaorvos

Gápelne Patkós Éva
ifjúsági védőnő

Budapest, 2025/2026 tanév

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-, 33/1998 NM (VI.24) rendeletben meghatározottak szerint. A vizsgálatok helyszíne az iskola orvosi rendelője.**

Dátum:.....

.....
Szülő/ gondviselő aláírása

Tanuló neve, osztálya:.....

A tanuló egészségügyi alapadatai: válaszadaskor az „igen”-t vagy a „nem”-et „X”-szel szíveskedjék jelölni!	igen	nem	Amennyiben a válasz igen, a betegség megnevezése. A betegség kezdete? Jelenleg is fennáll-e?
betegség: gerinc, végtagok, ízületek (pl. gerincferdülés, lúdtalp, ízületi gyengeség,...):			milyen korrekció történt/történik:
sérülés: gerinc, végtagok, ízületek, mellkasi-,hasi sérülés, törés, rándulás, ficam)			
Szív, keringési rendszer betegsége (pl. szívderej, ritmuszavar, fejlődési rendellenesség, magas vérnyomás, ...):			
Asztma, tüdőbetegség (pl. gyakori tüdőgyulladás, mellhártyagyulladás, légmell...):			
Idegrendszer betegsége: pl.epilepszia, pszichiátriai betegség: (pl. pánikbetegség, idegkimerültség, depresszió, szorongás, játékszenvedély, drogfogasztás, egyéb)			állapot/betegség neve: gyógyszer neve:
Egyéb: pl. fejfájás, szédülés, migraine, nő- gyógyászati problémák, írási-,olvasási-, beszédzavar, számolási probléma,			
Hormonális: pajzsmirigy, nőgyógyászati problémák			
Idült bőrbántalom (pl. ekcéma, pikkelysömör,...)			
Máj, vese, gyomor, pajzsmirigy betegsége:			
Veleszületett, szerzett fejlődési elváltozások			
Halláskárosodott-e , hallókészüléket visel-e?			
COVID-19 védőoltások			oltások időpontja:
COVID-19 megbetegedés			megbetegedés időpontja:
Cukorbetegség			gyógyszer neve:
Rendszeres/időszakos gyógyszerszedés: Milyen betegségre szedi?			gyógyszer neve: adagolása:
Allergia (gyógyszer, táplálék, egyéb),szénanátha			gyógyszer és betegség neve:
Gyógytestnevelés en való részvétel előző iskolában			okai:
Szemüveg , kontaktlencse viselése			Dioptria: jobb szem: bal szem: színtévesztés: igen / nem
Műtétek okai, időpontjai:			

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

Dátum:

.....

Szülő/gondviselő aláírása

Tanuló neve, osztálya:.....

A család egészségére vonatkozó aktuális adatok (jogszabályi előírás alapján)

Betegség	Anya	Anya családja	Apa	Apa családja	Tanuló testvére	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...						

Budapest,.....

.....

Szülő/gondviselő aláírása