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 háziorvos 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: |
| Háziorvos 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