**EGÉSZSÉGÜGYI LAP**

***Tisztelt Szülő!***

Kérem, hogy a kérdőívet (a megfelelő válaszok aláhúzásával vagy kiegészítéssel) gyermeke egészségének megőrzése érdekében olvashatóan és pontosan töltse ki!

*Együttműködését előre is köszönjük!*

A tanuló neve: …………………………………………………………………………………..

Születési helye: ……………… ideje: 󠆔☐☐☐☐ év ☐☐ hó ☐☐nap

Lakcíme: ☐☐☐☐ .......................................................................................................................

Testvéreinek száma: ☐ TAJ száma: ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐

Anyja leánykori neve: …………………………………………………………………………..

Foglalkozása: …………………………………………………………………………………...

Apja neve: ………………………………………………………………………………………

Foglalkozása: …………………………………………………………………………………...

A tanuló egészségi állapotára vonatkozó adatok: (Az adatokat bizalmasan kezeljük!)

Születési súlya: ………………………………………………………………………………..

1. Szülés lefolyása: sima/császármetszés/problémás ……………………………………………
2. Kellett-e éleszteni? igen/nem
3. Volt-e fejlődési rendellenessége? igen/nem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Betegségek | Anya családja | Apa családja | Testvér |
| Szív- és érrendszeri betegségek (magas  vérnyomás, agyvérzés, infarktus) |  |  |  |
| Allergia, asztma |  |  |  |
| Krónikus gyomor – bélrendszeri betegség |  |  |  |
| Krónikus vese- és húgyúti betegség |  |  |  |
| Cukorbetegség |  |  |  |
| Elhízás |  |  |  |
| Idegrendszeri, elme- betegség |  |  |  |
| Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség |  |  |  |
| Daganatos betegség |  |  |  |
| Csökkentlátás, vakság |  |  |  |
| Nagyothallás, siketség |  |  |  |
| Egyéb |  |  |  |

Lezajlott balesetek, műtétek részletezése (pl. mandulaműtét, sérv, vakbél), egyéb:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Krónikus betegség miatt gondozás alatt áll-e, hol, miért és mióta? (A zárójelentést vagy a kezelőlapot kérjük fénymásolatban mellékelni!)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Van-e gyógyszerérzékenysége? Mire? …...................................................................................................................................................

Szed-e rendszeresen gyógyszert? Mit? …………………………………………………………………………………………………...

Ha van szemüvege, hány dioptriás? jobb: ……….. bal: …………

Járt-e gyógytornára, mikor és miért? …………………………………………………………………………………………………...

A szülő egyéb közlendője gyermeke egészségével kapcsolatban:

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

Előző iskolája pontos neve:

…………………………………………………………………………………………………...

Előző iskolája címe:

☐☐☐☐ ………………………………………………………………………………………….

***Fontos!***

Amennyiben a tanuló a következő tanévben

* gyógytornát
* könnyített testnevelést vagy
* teljes felmentést igényel,

az erre vonatkozó *diagnózissal ellátott szakorvosi* (nem háziorvosi) javaslatot kérjük a beiratkozáskor mellékelni, de legkésőbb szeptember 15-ig az iskolaorvosnak bemutatni szíveskedjenek. Ezután felmentésre nincs lehetőség. Kérjük az orvosi vizsgálatra **a Hepatitis B** oltás igazolását behozni.

**Büntető jogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.**

Budapest, 20………………. ………………………………….

szülő aláírása