

## EGÉSZSÉGÜGYI FELMÉRŐ LAP

Osztálya: .....

A tanuló neve: .....

Lakcíme: .....

TAJ kártya száma: ..... Szül.hely: ..... Szül idő: .....

Születési súly: ..... gramm Születési hossz: ..... cm Apgar érték: .....

Várandósság lefolyása: iker – sima – veszélyeztetett .....

Szülés lefolyása: koraszülés – sima – császármetszés .....

Apa neve: ..... Tel. Száma: .....

Anya születési neve: ..... Tel. száma: .....

Kapcsolat tartásra e-mail cím: .....

Gondozójának neve: .....

Testvérek száma: ..... Születési ideje/neme: 1: ..... 2: ..... 3: ..... 4: .....

Testvérek betegsége(i): 1: .....

**Családban előforduló örökölhető betegségek, pl.: allergia, magas vérny., szív-és érrendszeri, daganat, légzőszervi, cukorbet., látás-, hallás-, csontrendszeri elv.,...**

anya: ..... anya családja: .....

apa: ..... apa családja: .....

**A tanulóknál előfordult vagy jelenlegi betegség, pl.: tüdő, szív, vese, idegrendszeri, csontrendszeri, látás-, hallásprobléma, egyéb:**

.....

Betegség kezdete, gondozás helye: .....

Állandó gyógyszere(i): .....

Allergia: nincs – van, mire: .....

Gyógyszerérzékenység: nincs – van, a gyógyszer neve: .....

Kórházi kezelés: nem – igen, év: ..... hely: .....

diagnózis: .....

Műtéten átesett: nem – igen, év: ..... diagnózis: .....

Gyermekkori fertőző betegségei (év): .....

Kötelező védőoltásait megkapta: igen – nem ..... 6 éves oltás időpontja: .....

Testnevelésből felmentett volt legalább 1 évig, mikor, miért? .....

**Ha a testnevelés felmentés most is indokolt, kérjük a szakorvosi lelet másolatát!!!**

Szemüveget visel: nem - igen, Dioptria: jobb szem: ..... bal szem: .....

Fejlődési rendellenesség: nincs – van, .....

Beszédhiba: nincs – van, .....

Kezesség: jobb bal mindkettő

Rendszeresen sportol: nem – igen, sportág/heti hányszor? .....

A gyermek háziorvosának neve, tel. száma: .....

Körzeti védőnőjének neve: .....

Előző óvoda, iskola neve, címe: .....

Láz, fájdalom esetén az iskolában kaphat-e gyógyszert? igen – nem Mit szokott kapni? .....

A gyermek 5 éves orvosi státuszvizsgálati lapját, kisgyermekkori védőoltásokról másolatot, tartós betegségről, szakorvosi gondozásról szóló utolsó friss lelet másolatát kérem csatolni!! (szemészet, ortopédia, pulmonológia...)

### Szülői nyilatkozat

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelőek. A tanuló egészségi állapotában bekövetkező változásról az iskolavédőnőt/iskolaorvost haladéktalanul tájékoztatom.

Az iskolában a kötelezően végzendő védőoltásokhoz és vizsgálatokhoz hozzájárulok.

A gondozási tervet átvettem.

A fejtevésség megelőzéséről, a szűrővizsgálatokról, a kezelés módjáról, a kiszűrt esetekkel kapcsolatos eljárás rendjéről a tájékoztatást megkaptam.

Kelt: ..... év ..... hó ..... nap

szülő aláírása