

Egészségügyi kérdőív – Szülő által kitöltendő

Tanuló neve:..... Osztálya:.....

Lakcíme:..... TAJ száma:.....

Születési helye, ideje:Háziorvosa neve, elérhetősége:.....

Anyja leánykori neve:..... Apja/gondviselő/neve:.....

Előző iskola neve, címe:.....

A tanulónál volt-e, van-e (ha igen, akkor annak zárójelentését -fénymásolatát- kérjük bemutatni):

- csípőficam, gerincferdülés, egyéb orthopédiai elváltozás?
- asthma, TBC, szívbetegség, cukorbetegség, epilepszia?.....
- allergia, vérzékenység, vesebetegség, egyéb?.....
- eszméletvesztéses rosszullét?.....
- kórházi kezelés? (Miért?).....
- műtét? (Milyen?).....
- csonttörés? (Hol?).....

Rendszeresen szed-e valamilyen gyógyszert? (Mit?).....

Gyógyszerérzékenysége van-e? (Mire?).....

Visel-e szemüveget? (Hányasat?).....

Gyermekkori fertőző betegségei? (kérem aláhúzni) rózsahimlő, bárányhimlő, mumpsz, kanyaró, skarlát

A tanuló részére az iskolában láz-és fájdalomcsillapító, görcsoldó: **ADHATÓ NEM ADHATÓ** (aláhúzendó)

Családban előforduló betegségek (szülők, nagyszülők, testvérek):

magas vérnyomás, daganatos betegségek, infarctus, TBC, agyvérzés, asthma, cukorbetegség, idegrendszeri betegség, egyéb, éspedig:.....

Adatkezelési hozzájárulási nyilatkozat

Alulírott _____ egyértelműen és kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy az iskola-egészségügyi szolgálat dolgozói (orvos, védőnő), mint adatkezelők, gyermekem személyes adatait kezeljék az iskola honlapján kitett tájékoztatóban foglaltak szerint.

Az iskola-egészségügyi gondozási terv az iskola honlapján elérhető, azt tudomásul vettem.

Kijelentem, hogy gyermekemnek tudomásom szerint más betegsége nincs!

Dátum:.....

Szülő aláírása

Köszönettel: Dr. Tamás Györgyi, iskolaorvos
Varga Adrienn, védőnő (0620/320-8467)