



Tisztelt Szülők!

Köszöntjük Önöket és gyermeküket az Iskola-egészségügyi Szolgálat nevében. Munkánk segítéséhez és gyermekük hatékony iskolaegészségügyi ellátásának érdekében kérjük, hogy válaszoljanak gyermekük egészségére vonatkozó néhány kérdésre.

Gyermek neve: Osztálya:

Születési helye, ideje:

Anyja leánykori neve:

Anyja telefonszáma: Anya e-mail:

Apja neve:

Apa telefonszáma: Apa e-mail:

Lakcím:

TAJ: Probléma esetén értesítendő telefonszám:

Gyermekorvosuk neve, rendelő címe:

Van-e gyermekének szemüvege?

Van-e gyermekének valamilyen krónikus betegsége? Mi az? Hol kezelik?
(Pl: asztma, cukorbetegség, szívbetegség, magas vérnyomás, epilepszia, depresszió, emésztőrendszeri betegség, stb.)

Van-e valamilyen allergiája? (gyógyszer, étel, virágporszóró, házipor, stb.)

Kell-e rendszeresen gyógyszert szednie? Ha igen, miből mennyit?

Ortopédiai gondozás alatt áll-e? Miért?

Műtétek, törések, kórház:

Volt-e eszméletvesztéssel járó rosszulléte?

Testnevelés alól volt-e felmentése? (jár-e gyógytornára, gyógyúszásra?)

Nevelési Tanácsadó vizsgálta-e (ADHD, BTM, SNI, stb):

A krónikus betegségekről, illetőleg a szemészeti/ortopédiai gondozásról az utolsó lelet fénymásolatát kérjük, küldjék be!

Családi anamnézis (x-el jelölje az előfordulását)

| Betegség | Anyja/családja | Apa/családja | Testvérek |
|--|----------------|--------------|-----------|
| Szív-, és érrendszeri betegségek | | | |
| Légzőszervi betegségek | | | |
| Emésztőszervi betegségek | | | |
| Vese és húgyúti betegségek | | | |
| Cukorbetegség | | | |
| Elhízás | | | |
| Pszichológiai betegségek | | | |
| Fejlődési rendellenessége, öröklődő betegség | | | |
| Daganat | | | |
| Csökkentlátás/vakság | | | |
| Nagyothallás/süketség | | | |
| Egyéb | | | |



Szokásos lázcsillapító gyógyszere:.....

Egészségi állapot szempontjából fontos egyéb tudnivaló:.....

Előző iskola neve és címe:

Az oltási könyvet vagy annak (alap adatok és a védőoltás matricás-dátumos oldalainak) fénymásolatát szíveskedjenek az iskolába beküldeni. Az oltási könyvet az oltások ellenőrzése után visszaadjuk.

A 18/1998. (VI.3.) NM rendelet 5. § (8) bekezdése szerint az iskolaorvosnak kötelező az életkor szerint esedékessé vált oltások megtörténtét ellenőrizni. Gyermek oltásainak meglétét a következő dokumentációkkal tudja igazolni: *Gyermek egészségügyi könyvében lévő oltási kiskönyv* (védőoltások adatlapja) vagy a *Védőoltási könyv 14 év feletti személy részére*.

Amennyiben nem találja az oltási könyvet, vagy elveszett, akkor a gyermek területi védőnője tudja az eddigi oltásait igazolni. Az általános iskolában kapott oltásokat (MMR, dTap, Hepatitis B elleni védőoltásokat) pedig az általános iskolában lévő iskolavédőnő tudja igazolni.

Együttműködésüket köszönjük!

Tisztelettel: Iskola-egészségügyi Szolgálat

Nyilatkozom, hogy gyermekemnek eltitkolt testi és pszichés betegsége nincs.

Tudomásul veszem, hogy gyermekem a tanulmányai alatt orvosi és védőnői (szűrő)vizsgálaton fog részt venni, és szükség esetén elsősegélynyújtásban részesülhet.

Az Iskola-egészségügyi Szolgálat feladatait, résztvevőit, és a fejtetvesség megelőzéséről, szűréséről, kezelés módjáról, a kiszűrt esetekkel kapcsolatos eljárás rendjéről a tájékoztatást megkaptam, beleegyezem. (Az iskola honlapján elérhető.)

Ezúton nyilatkozom, hogy a IV. kerület Újpesti Egészségügyi Nonprofit Kft., mint adatkezelő szervezet Iskola-egészségügyi Szolgálatával által kezelt szülői értesítők, oltási könyv, leletek, iskolaorvosi és védőnői szűrésről szóló értesítők adatainak átvétele és megküldése gyermekem kézbesítésével, illetve elektronikusan történhet. (IER-KRÉTA, email).

A tanulók személyes adatait az 1992. évi LXIII. törvénynek megfelelően kezeljük és tároljuk.

Dátum:.....

.....
Szülő aláírása