**NYILATKOZAT EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRÓL**

(Gyermekük zavartalan iskola-egészségügyi ellátása érdekében kérem, szíveskedjenek **Igennel** és **Nemmel**, illetve **szövegesen** válaszolni az alábbi kérdésekre!) Az adatokat bizalmasan kezeljük.

Tanuló neve: ……………………………………………………………………………….….……… Osztálya: ……………………...…...…..

Születési hely: ………………………………… Születési idő:……………….………….... TAJ szám:…………......………………..

Édesanyja neve (leánykori név):………................................................................................................................................................

Lakcím:………………….……...……………………………………………………………………………………………………...………..…………………

Gyermek háziorvosának neve, telefonszáma: ………………………...…………………………...……………………………………………..

Az előző óvoda/ iskola neve, címe:………………………………………………...…………………………………………………………………..

Probléma esetén szülő elérhetősége: ………………………………………………………………………………………………………………..

Van-e gyógyszerérzékenysége (ha igen, mire)? ………………………………………………………………..…………………………………

Egyéb allergiája (bőr, táplálék, szénanátha stb.)?..........................................................................................................................

Egyéb betegsége? (pl. szív, vese, aszthma, cukorbetegség, epilepszia, vérszegénység stb.)

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

Jár-e valamilyen gondozóba (kardiológia, vese, máj)?...................................................................................................................

Szed-e rendszeresen gyógyszert (ha igen, mit)?............................................................………………….….……………………………

Milyen gyermekkori fertőző betegségeken esett át? ………………..………………………………………………………………………….

Feküdt-e kórházban (ha igen, műtét, betegség megnevezése)?: …………………........................................................................

Volt-e eszméletvesztéssel járó rosszulléte (ha igen, mi okozta)? ………………………………….……………………………………...

Visel-e szemüveget (ha igen, kérem 1 éven belüli leletet hozzon)?...........................................................................................

Színtévesztő-e? …………………………………………. Halláscsökkenése van-e? ………………………………………………………………

Családban van-e krónikus betegség (ha igen, betegség megnevezése)?………………………………………………………………..

Hozzájárul-e, hogy gyermeke a tanévek során akutan felmerülő betegség esetén gyógyszert (pl. Algopyrin, Rubophen, Algoflex, No-Spa, B6-vitamin stb.) kapjon az orvosi rendelőben?

 IGEN NEM

Tudomásul veszi, hogy a tanuló a tanévek során (2., 4., 6. és 8. évfolyamokon), szűrővizsgálaton vesz részt az iskola orvosi rendelőjében! *Amennyiben gyermeke egészségi állapotában változás következik be, szakorvosi gondozásba vételre kerül sor, kérem, a kapott lelet másolatát minden esetben juttassa el az ifjúság - egészségügyi szolgálat számára!*

**A kitöltött kérdőívvel együtt kérem, szíveskedjen a gyermek oltási könyvének (Gyermek-egészségügyi kiskönyv) fénymásolatát is leadni!**

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti válaszok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: Pécs, …………………………………………………. Szülő aláírása