

NYILATKOZAT EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRÓL

(Gyermeük 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, asztma, 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 rosszullete (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 akut 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