

ISKOLA-EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAP

**Tisztelt Szülő/ Gondviselő!**

Gyermeke jogszabályoknak megfelelő iskola-egészségügyi ellátáshoz az alábbi információkra van szükségünk, **kérjük válaszoljon a következő kérdésekre, szükség esetén kérje a házi orvos segítségét!** Adataikat az adatvédelmi jogszabályoknak megfelelően kezeljük, tároljuk.

**Amennyiben gyermekének allergiája vagy olyan krónikus betegsége, állapota van, amely fokozott figyelmet igényel, kérjük, az iskolai egyéni szükségletek megbeszélése érdekében keresse fel szolgálatunkat (gyógyszerelés, étkezés, testnevelés, sürgősségi helyzetek ellátása, iskolai kiváltságok)!**

<b>A TANULÓ NEVE:</b>		
Születési hely, idő:	TAJ szám:	
Lakcím:		
Gondviselő neve:	Tel:	e-mail:
Házi orvos neve:	Tel:	
Előző iskola neve, címe:		
Iskolavédőné neve, tel:		

**A gyermek egészségügyi anamnézise (kérjük karikázza be a megfelelőt, eltérés esetén részletezze):**

Születési hét, súly:	Szülés módja: normál- császármetszés- vacuum- fogó
Születés körüli probléma: nem volt - élesíteni kellett – lélegeztetés - sárgaság - fertőzés	
Veleszületett fejlődési rendellenesség: nem - igen, milyen:	
Korai fejlődés: megfelelő – eltérő, részletezze (beszéd, mozgás, szobatisztaság):	
Fertőző betegségek: bárányhimlő – skarlát – egyéb:	
Gyógyszerallergia: nem – igen, részletezze mire, milyen reakció:	
Egyéb allergia: nem – igen, mire, milyen reakció:	
Védőoltást követően volt-e valaha rosszullete, kóros reakciója? nem- igen, részletezze:	
Érzékszervi problémák	
Látásprobléma: nincs – van szemüvege, kontakt lencse adatai:	
hallásprobléma: nincs – van hallókészülék: nincs- van	
Műtétek, balesetek, kórházi kezelések (diagnózis, dátum):	
Milyen krónikus betegsége volt a gyermeknek? (utolsó gondozási leletét kérjük beküldeni) szív – tüdő - vese, húgyutak – cukor - mozgásszervek- epilepszia - egyéb: Jelenleg milyen krónikus betegséggel vagy állapottal gondozzák?	
Gyógyszerei (rendszeres):	

ISKOLA-EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAP

Különleges táplálkozási igény: nem – igen, részletezze (tejcukorérzékeny, lisztérzékeny, táplálékallergia, szakorvosi igazolás szükséges a spec. közétkeztetés biztosításához):
Sajátos nevelési igényű gyermek(SNI): nem – igen, oka (dyslexia, dysgráfia, krónikus betegség, BTM):
Érzelmi, magatartási probléma: nem volt- nincs - hiperaktivitás, figyelemzavar - depresszió – szorongás – beilleszkedési – magatartási probléma – egyéb:
Volt-e az előző tanévben a gyermeknek tartós testnevelési felmentése, gyógytestnevelése? nem- igen, mi miatt:
Egyéb közölnivaló ( pl. szociális háttér, kérések, egyéb):

A gyermek betegségeire való hajlamosító tényezőinek felderítése és a hatékony megelőzés érdekében kérjük, nyilatkozzon a családban előforduló alábbi betegségekről (x-el jelölje a megfelelő helyen)

Betegség	anyai ágon	apai ágon	testvér(ek)
Szív- érrendszeri betegség (magas vérnyomás, 50 év alatt infarktus, agyvérzés)			
Allergia, asztma			
Krónikus gyomor-bélrendszeri betegség (pl.bélgyulladás, lisztérzékenység)			
Krónikus vese- és húgyúti betegség ( pl. vesekő, polycystás vese, húgyúti szűkület)			
Cukorbetegség ( 1. v. 2. típusú)			
Elhízás			
Idegrendszeri/elme-betegség			
Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség			
Csípőficam			
Daganatos betegség			
Csökkentlátás/vakság			
Nagyothallás/süketség			
Egyéb (pl. pajzsmirigy, autoimmun betegség)			

Kérjük, hogy a kitöltött, aláírt nyilatkozatot **lezárt borítékban** juttassa el hozzánk! Gyermekével kapcsolatos problémák megoldásában készséggel rendelkezésükre állunk. **Kérjük, szűrővizsgálatokra a gyermek hozza magával a zárójelentéseit, orvosi leleteit, szemüvegét. Minden leletet visszaadunk a gyermeknek a vizsgálatot követően.**

Együttműködésüket köszönjük:

Iskola-egészségügyi Szolgálat

Alulírott hozzájárulok, hogy gyermekemet a nevelési-oktatási intézmény iskola-egészségügyi szolgálata a hatályos jogszabályok alapján teljes körűen ellássa és az ehhez szükséges adatokat kezelje:

Alulírott hozzájárulok, hogy az iskola-egészségügyi szolgálat dolgozói szükség esetén ( pl. fejfájás, láz, menstruációs görcsök) gyermekemnek gyógyszert adjon ( életveszély elhárításához nem szükséges hozzájárulás)

igen                      nem  
 igen                      nem

Dátum:

szülő, törvényes képviselő aláírása