



**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, virágpor, 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!**

Szokásos lázcsillapító gyógyszere: .....

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

.....

Előző iskola neve és címe: .....

.....



**Családi anamnézis (x-el jelölje az előfordulását)**

Betegség	Apa/ családja	Anya/ családja	Testvérek	Nagyszülő	Köze- li rokon
Szív-, és érrendszeri betegségek (magas vérnyomás, infarktus stb.)					
Légzőszervi betegségek (allergia, asztma)					
Emésztőszervi betegségek					
Vese és húgyúti betegségek					
Cukorbetegség					
Elhízás					
Pszichológiai betegségek					
Fejlődési rendellenessége, öröklődő betegség					
Daganat					
Csökkentlátás/vakság (7 dioptria felett)					
Nagyothallás/süketség					
Egyéb					

**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 eltírtolt 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