

Tisztelt Szülők!

Köszöntjük Önöket és gyermeküket az Iskolaegészségügyi Szolgálat nevében!

Jogszámban (26/1997. (IX.3.) NM rendelet) előírt feladatunk gyermekük egészségi állapotának nyomon követése, kötelező szűrővizsgálatának végzése, kötelező védőoltásainak beadása, elsősegély ellátása, egészségnevelése. Az alábbi kérdőív munkánkhoz fontos adatokat tartalmaz, ezért kérjük olvashatóan kitölteni a gyermekükre vonatkozóan.

A 18/1998. (VI.3.) NM járványügyi rendelet értelmében a kötelező védőoltásokat is szükséges igazolni a felvétel során. A kötelező védőoltásokat az egészségügyi kiskönyv (az oltási könyv) tartalmazza. Kérjük ennek bemutatását / fénymásolatát.

Név:		Szül. hely, idő:	
Lakcím:			TAJ szám:
Édesanya születési neve:			Tel:
Apa/Gondviselő neve:			Tel:
Háziorvos neve:Dr.	Címe:		Tel:
Előző iskola neve, címe:			
Krónikus betegsége van-e? (pl:szív, vese,ortopédia, szemészet, hallás, stb.)			
Hol, milyen gyakorisággal gondolják?			
Kiállott fertőző betegségei (bárányhimlő, stb.):			
Kezelték-e a gyermekét kórházban (műtét, betegség, stb.), hol és miért? Balesete, törése volt-e, milyen, mikor?			
Allergiás betegsége van-e?(asztma, szénanátha, ételallergia, stb.): Gyógyszerallergiája?			
Visel-e szemüveget, kontaktlencsét?		Milyen gyógyszert fogyaszt rendszeresen?	

A család egészségére vonatkozó adatok

Betegség	Anya	Anya családja	Apa	Apa családja	Testvér/ek
Szív- érrendszeri betegség (magasvérny., infarktus,)					
Allergia, asztma					
Krónikus gyomor-bélrendszeri					
Krónikus vese- és húgyúti betegség					
Cukorbetegség					
Elhízás					
Idegrendszeri/elme-betegség (epilepszia,stb)					
Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség					
Daganatos betegség					
Csökkentlátás / vakság					
Nagyotthallás / sükettség					
Egyéb					

A fenti adatok kezelése az intézmény adatkezelési szabályzata alapján történik.

Beleegyezem gyermekem elsősegély jellegű gyógyszerelésébe (pl: lázcsillapítás), illetve az esetleges korlátozásokat írásban közlöm.

Tudomásul veszem, hogy gyermekem a tanulmányai alatt jogszabályban előírt iskolaorvosi és védőnői szűrővizsgálatokon vesz részt. Engedélyezem, hogy az iskolaorvos és védőnő az egészségügyi szűrés eredményét és értesítéseit az általam megadott e-mail címre, titkosított mellékletként küldje el.

.....e-mail címem

Dátum:

.....

szülő aláírása

Köszönjük együttműködésüket: