

## Tisztelt Szülők!

Köszöntjük Önöket és gyermeküket az Iskolaegészségügyi Szolgálat nevében!

Jogszabályban (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.

<b>Név:</b>		<b>Szül. hely, idő:</b>	
<b>Lakcím:</b>		<b>TAJ szám:</b>	
Édesanya <b>születési</b> 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 gondozzák?			
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:

Dr.Gál Katalin iskolaorvos  
+36 70 702 0895

Tariskáné Lassú Katalin iskolavédőnő  
+36 70 339 6321