**EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAP**

**Tisztelt Szülő/Gondviselő!**

Tájékoztatjuk Önt arról, hogy gyermeke iskola-egészségügyi ellátása, a tanulók egészségügyi állapotának nyomon követése, az oktatási-nevelési intézményben történik.

Gyermekének pontos egészségügyi ismeretéhez az alábbi adatok szükségesek.

Kérjük, segítse munkánkat az alábbiak pontos és korrekt kitöltésével.

**A tanuló alapadatai**:

|  |  |
| --- | --- |
| Tanuló neve: Osztálya:  | TAJ száma: |
| Születési hely: | Születési Idő: |
| Lakcím, (irányítószám is) |
| Anyja születéskori neve: |
| Szülő/gondviselő neve: | Elérhetősége . Tel: |
|  | e-mail cím: |
| Sürgős esetben még értesíthető: | Elérhetősége Tel: |
| Házi-gyermekorvos neve: | Elérhetősége Tel: |

**A tanuló egészségügyi alapadatai**:

Kérjük, a válaszadáskor az „igen”-t vagy a „nem”-et „X”-szel szíveskedjék jelölni!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **igen** | **nem** | **Amennyiben a válasz igen, milyen jellegű a megbetegedés, ki, és hol kezeli?** |
| Gerinc, végtagok, izületek betegsége (pl. gerincferdülés, lúdtalp, stb…): |  |  | Milyen korrekció történik? |
| Szív, keringési rendszer betegsége (pl. szívzörej, ritmuszavar, fejlődési rendellenesség, stb…): |  |  |  |
| Asztma, tüdőbetegség: |  |  |  |
| Epilepszia, idegrendszer betegsége: |  |  |  |
| Idült bőrbántalom (pl. ekcéma, stb…): |  |  |  |
| Máj, vese, gyomor, pajzsmirigy betegsége: |  |  |  |
| Cukorbetegség: |  |  |  |
| Rendszeres gyógyszerszedés: |  |  | A gyógyszer neve: |
| Milyen betegségre szedi? |  |  | Adagolása: |
| Testnevelés alóli felmentés: |  |  | A felmentés oka: |
| Szemüveg, kontaktlencse van-e?  |  |  | Dioptria: jobb: bal: |
| Színtévesztő-e? |  |  |  |
| Fertőző betegség: |  |  |  |
| Gyógyszerérzékenység: |  |  | A gyógyszer neve: |
| Egyéb allergia: |  |  |  |
| Táplálék allergia:  |  |  |  |
| Halláskárosodott- hallókészüléket visel: |  |  |  |
| Egyéb betegség: |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Kórházi kezelés, rendszeres szakorvosi ellenőrzés esetén zárójelentés/utolsó szakorvosi lelet**

**fénymásolatot kérjük behozni/beküldeni.**

Amennyiben gyermekük egészségi állapotában a tanév során változás állna be, kérjük, ezt jelezzék az iskola

egészségügyi szolgálat felé.

 Kérjük, gyermekük ***Gyermek-egészségügyi kiskönyvének, védőoltási adatlapjának olvasható fénymásolatát*** az oltási dokumentáció felfektetéséhez beküldeni szíveskedjenek.

.

Értesítem, hogy gyermeke orvosi vizsgálatra és védőnői szűrővizsgálatra kötelezett az 1997. évi CLIV. Egészségügyi.Törvényben, az 51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben, és a 26/1997. (IX. 3.) NM rendeletben meghatározottak szerint. A vizsgálatok helyszíne az iskola rendelője

A szűrővizsgálatok célja a lakosság egészségének védelme és az egyén életminőségének, illetve élettartamának növelése, a rejtett betegségek, az egyes betegségeket megelőző kórállapotok, valamint az arra hajlamosító kockázati tényezők korai - lehetőleg panaszmentes - szakaszban történő aktív felkutatásával és felismerésével.

Ha e kötelezettségének a törvényes képviselő írásbeli felszólításra sem tesz eleget, az egészségügyi államigazgatási szerv a szűrővizsgálatot elrendeli. (1997. évi CLIV. Tv. 81. § (3))

## A család egészségére vonatkozó aktuális adatok

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Betegség |  **Anya** | **Anya****családja** |  Apa | **Apa****családja** | **Testvér** | **Betegség megnevezése** |
| Szív-, érrendszeri betegség(magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés) |  |  |  |  |  |  |
| Allergia, asztma |  |  |  |  |  |  |
| Krónikus gyomor-, bélrendszeri betegség |  |  |  |  |  |  |
| Krónikus vese-, húgyúti betegség |  |  |  |  |  |  |
| Cukorbetegség |  |  |  |  |  |  |
| Elhízás |  |  |  |  |  |  |
| Idegrendszeri/elme-betegség |  |  |  |  |  |  |
| Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség |  |  |  |  |  |  |
| Daganatos betegség |  |  |  |  |  |  |
| Csökkent látás/ vakság |  |  |  |  |  |  |
| Nagyothallás/siketség |  |  |  |  |  |  |
| Egyéb: pl. pajzsmirigy |  |  |  |  |  |  |

Melyik iskolából jött?

Az iskola neve:……………………………………………………………………………………………………………

Az iskola címe:…………………………………………………………………………………………………………..

A fenti adatok kezelésére csak az egészségügyi szolgálat tagjai jogosultak.

Szeged, Gellérné Mosolygó Réka

 védőnő aláírása

Aláírásommal igazolom, hogy gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs, az esedékes szűrővizsgálatokról és a gyermekek jogairól, értesítettek, (az iskola honlapján elolvasható) annak jelentőségéről a szükséges információt megkaptam és azt megértettem.

Dátum: …………………………………. ………………………………… Szülő/gondviselő aláírása

***A kitöltött és aláírt adatlapot és az oltási dokumentáció fénymásolatát, kérjük csatolja és hozza magával a beíratkozáskor.***

***Amennyiben további kérdése van, vagy személyesen kíván konzultálni az iskola-egészségügyi szolgálattal, akkor azt telefonos időpontegyeztetés után (06 62 540 272/139 mellék) személyesen is megteheti a Szeged József A. sgt. 120. alatt.***