

Egészségügyi adatlap

Tisztelt Szülők, kérjük, szíveskedjenek kitölteni gyermekük egészségére vonatkozó alábbi kérdőívünket és **a kitöltött adatlapot hozzák magukkal a beiratkozáskor a védőnő részére.** Az alábbi adatok kezelésére csak az iskola-egészségügyi szolgálat tagjai jogosultak.

Tájékoztatjuk Önt arról, hogy az 51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben, valamint a 26/1997. (IX. 3.) NM rendeletben foglaltak szerint az iskola-egészségügyi ellátást valamennyi nevelési-oktatási intézményre kiterjesztve kell végeznünk. A vizsgálatok eredményét a tanulók egészségügyi törzslapján rögzítjük, ennek megtörténtéről a szülőket értesítjük.

A vizsgálatok helyszíne a központi iskolaorvosi rendelő:

6400 Kiskunhalas, Hajnal u. 5. Tel: 77/420-501, Iskolaorvos: **Dr. Major Csilla**

Védőnő: **Péterné Sztanik Nikolett**, Tel: 06 20/213-0937, e-mail: halasiskolaeu@freemail.hu

Tanuló neve:

Osztálya:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Anyja neve:

Szülő, gondviselő neve, elérhetősége (e-mail cím, telefon):

Tanuló egészségügyi alapadatai

Szív, érrendszeri betegség, magas vérnyomás:	
Tüdőbetegség, asztma, szénanátha, TBC:	
Gyomor, bél betegségek, ételallergia:	
Idegrendszer, lelki betegség, epilepszia:	
Vese, húgy, ivarszervi betegségek:	
Gerinc, ízületi betegségek:	
Bőrbetegség, allergia:	
Cukorbetegség:	
Pajzsmirigy betegség:	
Műtétek, törések:	
Gyermekekori fertőző betegségek:	
Szemészeti betegségek (szemüveg):	
Halláskárosodás:	
Gyógyszerallergia:	
Rendszeres gyógyszeresedés:	
Egyéb betegség:	

Amennyiben gyermekük egészségi állapotában a tanév során változás állna be, kérjük, jelezzék ezt az iskola-egészségügyi szolgálat felé. Kórházi kezelés, kivizsgálás, rendszeres szakorvosi ellenőrzés esetén zárójelentés másolatot részünkre eljuttatni.

Család egészségére vonatkozó adatok

	Anya	Apa	Testvér
Szív, érrendszeri betegség:			
TBC, asztma, allergia:			
Krónikus gyomor, bélrendszeri betegség:			
Krónikus vese, húgyúti betegség:			
Idegrendszeri/ elmebetegség:			
Daganatos betegség:			
Cukorbetegség:			
Fejlődési rendellenesség/örökletes betegség:			
Egyéb:			

A tanuló előző iskolájának neve és címe:

.....
.....

Aláírással igazolom, hogy gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs, az iskola-egészségügy feladatairól a tájékoztatót megkaptam, elolvastam.

Kelt:.....

.....

Szülő/gondviselő aláírása