



NYILATKOZAT EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRÓL

(Gyermekek zavartalan ifjúság-egészségügyi ellátása érdekében kérem, szíveskedjenek **Igennel és Nemmel**, illetve **szövegesen** válaszolni az alábbi kérdésekre!) Az adatokat bizalmasan kezeljük.

Tanuló neve: Osztálya:

Születési hely: Születési idő: TAJ szám:

Édesanyja neve (leánykori név):

Lakcím:

Gyermek házi orvosának neve, telefonszáma:

Az előző óvoda/ iskola neve, címe:

Probléma esetén szülő elérhetősége:

Van-e gyógyszerérzékenysége (ha igen, mire)?

Egyéb allergiája (bőr, táplálék, szénanátha stb.)?

Egyéb betegsége? (pl. szív, vese, asztma, cukorbetegség, epilepszia, vérszegénység stb.)
.....

Jár-e valamilyen gondozóba (kardiológia, vese, máj)?

Szed-e rendszeresen gyógyszert (ha igen, mit)?

Milyen gyermekkori fertőző betegségeken esett át?

Feküdt-e kórházban (ha igen, műtét, betegség megnevezése)?

Volt-e eszméletvesztéssel járó rosszulléte (ha igen, mi okozta)?

Visel-e szemüveget (ha igen, kérem 1 éven belüli leletet hozzon)?

Szintévesztő-e? Halláscsökkenése van-e?

Családban van-e krónikus betegség (ha igen, betegség megnevezése)?

Hozzájárul-e, hogy gyermeke a tanévek során akut felmerülő betegség esetén gyógyszert (pl. Algopyrin, Rubophen, Algoflex, No-Spa, B6-vitamin stb.) kapjon az orvosi rendelőben?

IGEN

NEM

Tudomásul veszi, hogy a tanuló a tanévek során (9., 10. és 12. évfolyamokon), szűrővizsgálaton vesz részt az iskola orvosi rendelőjében. Amennyiben gyermeke egészségi állapotában változás következik be, szakorvosi gondozásba vételre kerül sor, kérem, a kapott lelet másolatát minden esetben juttassa el az ifjúság - egészségügyi szolgálat számára.

A kitöltött kérdőívhez kérem, szíveskedjen a gyermek oltási könyvének (Gyermek-egészségügyi kiskönyv) fénymásolatát is csatolni.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti válaszok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: Pécs,

.....

Szülő aláírása