# Egészségügyi kérdőív – Szülő által kitöltendő

A **GYERMEK-EGÉSZSÉGÜGYI KISKÖNYV** (oltási könyv) **fénymásolatát** az adatok egyeztetése miatt és ezt a **kérdőívet** zárt borítékban a gyermek nevével és osztályával ellátva kérnénk beküldeni!

Tanuló neve:……………………………………………………………………………………….. Osztálya:…………………………………………………

Lakcíme:……………………………………………………………………………………………… TAJ száma:………………………………………………

Születési helye, ideje: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Anyja leánykori neve:…………………………………………………………… Apja/gondviselő/neve:……………………………………………….…

Előző óvóda/iskola neve, címe:……………………………………………………………………………………………………………………………

Háziorvosa neve, elérhetősége:……………………………………………………………………………………………………………………………….

**A tanulónál volt-e, van-e (ha igen, akkor annak zárójelentését -fénymásolatát- kérjük bemutatni):**

* csípőficam, gerincferdülés, egyéb orthopédiai elváltozás? ………………………………………………………………………………
* asthma, TBC, szívbetegség, cukorbetegség, epilepszia?........................................................................................
* allergia, vérzékenység, vesebetegség, egyéb?......................................................................................................
* eszméletvesztéses rosszullét?...............................................................................................................................
* kórházi kezelés? (Miért?)…………………………………………………………………………………………………………………………………
* műtét? (Milyen?)……………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* csonttörés? (Hol?).................................................................................................................................................

Rendszeresen szed-e valamilyen gyógyszert? (Mit?)………………………………………………………………………………………………

Gyógyszerérzékenysége van-e? (Mire?)…...................................................................................................................

Visel- e szemüveget? (Hányasat?)………………………………………………………………………………………………………………………….

Gyermekkori fertőző betegségei? (kérem aláhúzni) rózsahimlő, bárányhimlő, mumpsz, kanyaró, skarlát

**A tanuló részére az iskolában láz-és fájdalomcsillapító, görcsoldó: ADHATÓ NEM ADHATÓ** (aláhúzandó)

Testvérek száma: fiú…………………………………. lány……………………………….

**Családban előforduló betegségek (szülők, nagyszülők, testvérek):**

magas vérnyomás, daganatos betegségek, infarctus, TBC, agyvérzés, asthma, cukorbetegség, idegrendszeri betegség, egyéb, éspedig:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Adatkezelési hozzájárulási nyilatkozat**

Alulírott \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ egyértelműen és kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy az iskola-egészségügyi szolgálat dolgozói (orvos, védőnő), mint adatkezelők, gyermekem személyes adatait kezeljék az iskola honlapján kitett tájékoztatóban foglaltak szerint.

Az iskola-egészségügyi gondozási terv az iskola honlapján elérhető, azt tudomásul vettem.

Kijelentem, hogy gyermekemnek tudomásom szerint más betegsége nincs!

Dátum:………………………………………….. ……………………………………………………………………………….

 Szülő aláírása

Köszönettel: Dr. Tamás Györgyi, iskolaorvos

 Szabó Anikó, védőnő tel: 20-5755134 Iskola-egészségügyi Szolgálat Szentendre

 vedonoaniko@gmail.com