# **EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV -** Szülő által kitöltendő

**Tisztelt Szülők!**

Az **oltási könyv** **fénymásolatát** az adatok egyeztetése miatt, az **5 éves status vizsgálati lapot** és ezt a **kérdőívet** zárt borítékban a gyermek nevével és osztályával ellátva kérnénk beküldeni!

Gyermekük iskola-egészségügyi ellátásához az alábbi információkra van szükségünk. Kérjük, válaszoljanak a következő

kérdésekre.

**A gyermek egészségi állapotára vonatkozó adatok**

**Korábbi vagy jelenleg is fennálló, említésre méltó betegségek** (Kérjük a megfelelőt aláhúzni!):

*szívbetegség - magas vérnyomás - tüdő-, vese-, húgyutak betegségei – cukorbetegség - pajzsmirigy, vagy más hormonális eredetű betegség - kóros elhízás - emésztőrendszeri betegségek - táplálkozási problémák – gluténérzékenység - epilepszia vagy egyéb idegrendszeri betegség -fejlődési rendellenesség - daganatos betegség - mozgásszervi betegségek – egyéb*

**Műtétek:** *nem / igen, szív – mandula (orr, garat) – vakbél – sérv – szem – fül – vese – tüdő – agy – mozgásszervi - egyéb*

**Rendszeresen szedett gyógyszerek**: *nem / igen, kérjük megnevezni:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gyógyszerallergia**: *nem / igen, kérjük megnevezni:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Egyéb allergiák:** *nem**/ igen,**étel – növény - állati szőr – vegyszer – rovarcsípés – egyéb, kérjük megnevezni:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Fertőző betegségek:** *bárányhimlő – rózsahimlő – skarlát – mumpsz – májgyulladás – agyvelő-vagy agyhártyagyulladás – egyéb*

**Érzékszervi problémák**:

 látásprobléma: *nincs / van, dioptria:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 hallásprobléma: *nincs / van, hallókészülék: nincs / van*

**Sajátos nevelési igényű gyermek (SNI):** *nem / igen, oka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Érzelmi, magatartási probléma:** *nincs / van, hiperaktivitás – figyelemzavar – depresszió – szorongás - beilleszkedési és magatartási probléma - írás nehézsége - olvasás nehézsége - számolás nehézsége - autizmus spektrumzavar - Asperger szindróma*

**Fennálló betegség/állapot esetén a gondozási leletek másolatát kérjük beküldeni!!!**

Felhívjuk a Szülők figyelmét, amíg gyermekük ebbe a tanintézménybe jár, az iskola orvosának jelezni kötelesek, ha a gyermek egészségi állapotában bármikor változás állna be!

**A család egészségi állapotára vonatkozó egészségügyi adatok**

**A családban** van/volt-e komolyabb betegség, például szív-és érrendszeri betegség, magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés, allergia, asztma, krónikus gyomor- bélrendszeri betegség, vese-húgyuti betegség, cukorbetegség, elhízás, idegrendszeri betegség, fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség, daganatos betegség, csökkent látás/vakság, nagyothallás/süketség?

**Anyánál:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anya családjánál:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Apánál:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Apa családjánál:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Testvéreknél:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek egyéb, eltitkolt betegsége nincs.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Szülő aláírása

**TÁJÉKOZTATÓ SZÜLŐKNEK**

Az iskola-egészségügyi ellátás tagjai az *iskolaorvos* és az *iskolavédőnő.*

Munkánk célja, a panaszt még nem okozó elváltozások mielőbbi felfedezése, kiszűrése. Az 1997. évi CLIV. törvény, az

51/1997. (XII.18.) NM rendelet, a 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet és a 26/1997. (IX.3.) NM rendelet alapján **a tanulók kötelező szűrővizsgálatokon vesznek részt a páros évfolyamokon, valamint évente kontrollvizsgálat történik az egészségügyi okok miatt nyilvántartásba vett tanulóknál,** ami magába foglalja ateljes fizikális vizsgálatot, vérnyomásmérést, pajzsmirigy vizsgálatát, érzékszervek működésének vizsgálatát, mozgásszervek vizsgálatát, pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés, magatartásproblémák feltárását.

A vizsgálatok elvégzését az egészségügyi szolgálat dokumentálja, és az érintett személy (törvényes képviselője) részére a vizsgálat eredményéről leletet ad a Kréta rendszerén keresztül. Amennyiben az iskolaorvos indokoltnak tartja, célzott vizsgálatok végzése szükséges.

**16 éves korban** (az adott tanév szeptember 1-je és a következő év augusztus 31-e között 16. életévüket betöltők) záró állapotvizsgálatot végzünk, melyről igazolást küldünk online, a Kréta rendszerén keresztül.

**A vizsgálatokon a részvétel minden tanulónak kötelező!**

Kérjük a Szülőket, hogy beutalás esetén mielőbb kérjenek időpontot az adott **szakorvosi vizsgálatra**, és annak **eredményét** (a kapott leletet) feltétlenül **juttassák vissza részünkre** a szakszerű ellátás biztosítása érdekében!

Testnevelés alóli felmentést - gyógytestnevelés besorolást **csak** az iskolaorvos adhat ortopédiai vagy egyéb szakorvosi javaslatra!

**Az iskolában betegellátást csak elsősegély jelleggel végzünk, betegség esetén forduljanak a háziorvoshoz!** A járványok elkerülése miatt ne küldjék gyermeküket betegen az iskolába!

Az iskolai nevelés fontos és elengedhetetlen része az egészségnevelés, melynek keretein belül **egészségfejlesztő órák** megtartására kerül sor a tanév során.

 A korábbi **kötelező védőoltások** meglétét **ellenőrizzük, szükség esetén pótoljuk.**

|  |  |
| --- | --- |
| A tanuló neve: | TAJ: |
| Születési hely, idő: | Lakcím: |
| Anyja leánykori neve, elérhetősége: |
| Apja/Gondviselő neve, elérhetősége: |
| Házi gyermekorvos neve, elérhetősége: |
| Előző iskola neve, címe: |

 **SZÜLŐI NYILATKOZAT**

* Hozzájárul-e, hogy gyermeke egészségét vagy életét veszélyeztető egészségügyi elváltozásokról az osztályfőnököt tájékoztassuk? HOZZÁJÁRULOK NEM JÁRULOK HOZZÁ
* Hozzájárul-e, hogy gyermekének szükség esetén gyógyszert, fájdalomcsillapítót, görcsoldót adjunk?

 HOZZÁJÁRULOK NEM JÁRULOK HOZZÁ

* 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. Az Iskola-egészségügyi Szolgálat működéséről és a szűrővizsgálatokról szóló tájékoztatást megkaptam, tudomásul vettem.
* Engedélyezem, hogy szükség esetén az iskolaorvos a gyermekem dokumentációját az EESZT-ben megtekintse.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Szülő aláírása

Dr. Iványi-Bajkó Katalin iskolaorvos, Szabó Anikó iskolavédőnő Elérhetőségünk: tel.: +3620 5755134

E-mail: szentendresulidoki@gmail.com és szabo.aniko@ph.szentendre.hu

Köszönjük együttműködésüket!