

# EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAP\*

A dataikat a hatályos egészségügyi/adatkezelési jogszabályoknak megfelelően kezeljük és tároljuk.

Gyermek neve:.....Osztálya: .....

Lakcíme: .....

TAJ szám:.....Születési idő: .....

Anya telefonszáma(i) napközben:.....

Apa telefonszáma(i) napközben:.....

Ha e-mail-n keresztül kér tájékoztatást gyermeke szűrő-  
vizsgálatáról, kérjük adja meg e-mail címét:

.....

fénykép

A gyermek házi orvosának neve: .....

Házi orvos telefonszáma: .....

Házi orvos levélcíme: .....

Ha volt, előző óvodája/iskolája: .....

Előző óvoda/ iskola címe: .....

## A család egészségére vonatkozó aktuális adatok

Kérjük, tegyen egy „X” jelet, ha valamely betegség előfordult már Önöknél illetve családjukban és húzza alá a „Betegség” rubrikában, hogy pontosan melyik betegség volt ez!

Betegség	Apa ill. családja	Anyai ill. családja	Testvér(ek)
<u>Szív-, érrendszeri betegség</u> (magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés)			
<u>Allergia, asztma</u> (szénanátha, ekcéma)			
<u>Krónikus gyomor-bélrendszeri betegség</u> (epekö, májbetegség, fekély, bélgyull.)			
<u>Krónikus vese- és húgyúti betegség</u> (vesekő, húgyvezeték tágulat; gyulladás)			
<u>Cukorbetegség</u>			
<u>Elhízás</u>			
<u>Idegrendszeri/Elmebetegség</u> (depresszió, epilepszia, pánikbetegség)			
<u>Fejlődési rendellenesség, örökletes betegség</u> (mozgásszervi- vagy szívbetegség, Down kór, vérezékenység)			
<u>Daganatos betegség</u>			
<u>Csökkentlátás/vakság</u> (szemüvegviselés, optikai hiba)			
<u>Nagyothallás/Süketség</u> (fülműtét, tubus)			
<u>Egyéb betegség</u>			

Kérjük töltse ki és írja alá a túloldalon található nyilatkozatot is!

## Nyilatkozat

Felkérjük a kedves szülőket, hogy az alábbi kérdésekre pontosan adják meg válaszukat és az előfordult betegségeket, elváltozásokat **aláhúzással** jelezzék!

	Nem	Igen Kérjük részletezze!
A gyermeknek volt-e fertőző betegsége (bárányhimlő, rózsahimlő, mumpsz, skarlát, stb.)?		
<b>Gyógyszerérzékenysége</b> van – e? Ha igen, milyen gyógyszerre?		
Allergiás tünetek (pl.: szénanátha, pollenallergia, asztma, ekcéma, lisztérzékenység, stb.) előfordultak-e?		
Ekzéma (ill. száraz bőr, atopiás dermatitis) van-e?		
Asthmás hörghurutban szenved-e? Ha igen milyen gyógyszereket szed?		
Cukorbeteg-e?		
Vesebeteg-e?		
Agyvelő-, illetve agyhártyagyulladás volt-e?		
Szívbetegsége volt-e? Szívizomgyulladás vagy ízületi gyulladás volt-e?		
Eszméletvesztéses rosszullét, epilepszia volt-e?		
Pszichológus kezelte-e?		
Logopédus kezelte-e?		
Van-e speciális nevelési igénye (SNI)?		
Visel(t)-e szemüveget? Ha igen, a szemészeti leletet hozza magával!		
Feküdt-e kórházban? Ha igen, miért? A zárójelentést hozza magával!		
Szed(ett)-e rendszeresen gyógyszert? Ha igen, mit?		
Gerincbetegség vagy mozgásszervi eltérés van-e/volt-e?		
Testnevelésórán volt-e felmentett? Ha igen, miért?		
Gyógytornára jár(t)-e? Hova?		
Kívánja-e igénybe venni az iskolai gyógytestnevelést?		
Volt-e balesete, műtéte? Ha igen, milyen?		
Volt-e valamilyen egyéb lényegesebb, komolyabb betegsége, hosszabb gyógyszeres kezelése? Jár(t)-e valahová gondozásra?		
Egyéb közlendők:		

Alulírott nyilatkozom, hogy az Iskola-Egészségügyi Szolgálat Tájékoztatóját átvettem.

Dátum ..... **szülő (gondviselő) aláírása** .....

Alulírott nyilatkozom, hogy az általam adott információk a valóságnak megfelelnek.

Dátum ..... **szülő (gondviselő) aláírása** .....

Alulírott hozzájárulok, hogy gyermekemet az Iskola-Egészségügyi Szolgálat dolgozói acut ellátás céljából gyógyszeres kezelésben részesítsék (életveszély elhárításához hozzájárulás nem szükséges). igen nem

Dátum ..... **szülő (gondviselő) aláírása** .....

**Kérjük a leleteket juttassák el hozzánk zárt borítékban, vagy emailben az [arpasik@aporisk.hu](mailto:arpasik@aporisk.hu) email címre!**

**Köszönjük együttműködésüket!**