

# 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:**

.....

A gyermek házi orvosának neve: .....

Házi orvos telefonszáma: .....

Házi orvos levélcíme: .....

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

Előző óvoda/ iskola címe: .....

fénykép

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

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

