

Osztály:

ISKOLAEGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV

(Gyermekek érdekében szíveskedjenek aláhúzással és szövegesen válaszolni a kérdésekre.
Az egészségügyi adatok védelme érdekében lezárt borítékban, „iskolaorvos vagy védőnő részére”
felirattal ellátva, kérjük beiratkozáskor leadni!)

A tanuló neve: **TAJ száma:**

Születési helye: Ideje: Anyja neve:

Lakcíme:

Háziorvosának neve:

Gyermeke újszülött korában igényelt-e komolyabb orvosi beavatkozást?

Igen Milyet? **Nem**

Állt-e kórházi kezelés alatt? **Igen** Miért és hány évesen?

..... **Nem**

Jelenleg áll-e szakorvosi ellenőrzés alatt? **Igen** Miért? Mióta?

..... **Nem**

Sorolja fel, hogy milyen gyógyszereket szed állandóan:

Van-e gyógyszerallergiája? **Igen** **Nincs**

Volt-e súlyos sérülése, törése, agyrázkódása? **Igen** Mikor?

..... **Nem**

Volt-e már eszméletvesztése, görcsroham (epilepszia, lázgörcs)? **Igen** Mikor? **Nem**

Volt-e műtete? **Igen** Mikor? Mi volt az? **Nem**

Volt-e pszichés betegség miatt gondozott? (szorongás, depresszió, viselkedés-,
magatartászavar, hiperaktivitás, iskolafóbia) Mikor? **Nem**

Megkapta-e az összes kötelező védőoltást? **Igen** **Nem**. Az elmaradás oka:

Kapott-e a kötelezőn kívül is védőoltást? **Igen** Milyet és mikor?

Volt-e valamelyik védőoltásnak szövődménye? **Igen** Melyiknek és mi?

..... **Nem**

**Kérjük, hogy az oltási könyv/ könyvek fénymásolatát, ÁNTSZ ellenőrzés céljából
mellékelni szíveskedjenek!**

Az előző tanévben milyen testnevelési csoportba tartozott?

Normál – könnyített – gyógytestnevelés – felmentett

A szülő egyéb fontos közlése az orvos és a védőnő számára:

.....

Kérjük a hátoldalon lévő családi anamnézist ne felejtsek el kitölteni!

Betegség	Anya/családja	Apa/családja	Testvér(ek)
Szív- érrendszeri betegség (magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés)			
Allergia, asztma			
Krónikus, gyomor- bélrendszeri betegség			
Krónikus vese- és húgyúti betegség			
Cukorbetegség			
Elhízás			
Idegrendszeri/ elme-betegség			
Fejlődési rendellenesség			
Daganatos betegség			
Csökkent látás/vakság			
Nagyothallás/süketség			
Egyéb			

Kérjük a megfelelő választ X-szel jelölje! Amennyiben nem fordul elő betegség a családban, kérjük áthúzással jelezze azt!

Szülő aláírása

Az anamnézislapot és az oltási könyvek **fénymásolatát** beiratkozáskor **lezárt borítékban**, szíveskedjenek leadni!

Az adatokat bizalmasan kezeljük!

Segítségüket, fáradozásukat előre is köszönjük. Kívánjuk, hogy gyermekük egészségesen, tudással és diákélményekkel gazdagodva végezze el az iskolát!

Dr. Balogh Erika iskolaorvos
Bálon Tünde ifjúsági védőnő