

Kedves Szülők!

Tisztelettel kérjük, szíveskedjenek az alábbi kérdőívet kitölteni, gyermekük egészségi állapotának felmérése, alaposabb megismerése érdekében. A fontosnak tartott leleteket, zárójelentéseket is juttassák el hozzánk fénymásolt példányban.

Köszönettel:

dr. Tatai Orsolya
iskolaorvos

Komjátiné Bartos Nóra
iskolavédőnő

1. Tanuló neve: TAJ:.....
2. Születési dátum:év.....hónap.....nap
3. Születési súly:....., hány hétre született:.....
4. Születésnél, illetve utána volt-e valamilyen komplikáció?
5. Csecsemő- és kisgyermekkorban gyakrabban előforduló betegsége:
.....
6. Fertőző betegségei:
7. Kezelték-e a gyermeket kórházban, ha igen hol, mi okból, milyen gyakran:
.....
8. Jelenleg orvosi ellenőrzés alatt áll-e, ha igen, hol, mi okból, milyen gyakran:
.....
9. A családban van-e krónikus beteg (pl. asztma, ekcéma, szénanátha, epilepszia, magas vérnyomás, vesebetegség stb.), kinél:
.....
10. Van-e gyógyszerérzékenysége a gyermeknek, ha igen, milyen gyógyszerre:
.....
11. Mely gyógyszereket fogyasztja rendszeresen, melyeket rendszertelenül:
.....
12. Az iskolában mely szereket kaphatja elsősegély jelleggel (fejfájás, fájdalom, láz esetén):
.....
13. Szemüveget hord: igen nem
14. Allergia: igen nem
Ha igen, mire:
15. Testnevelésből volt-e felmentett, ha igen miért és milyen fokban (teljes, részleges, gyógytestnevelés):
.....
(orvosi igazolást kérünk beadni, legkésőbb az első tanítási héten!)
16. Gyermek háziorvosának neve:

17. Előző iskola neve, pontos címe:

Kötelező védőoltások

Oltás (kötelezettség)	Oltás dátuma	Gyártási száma
BCG		
DTPa+IPV		
Hib		
DTPa+IPV		
Hib		
DTPa+IPV		
Hib		
MMR		
Hib		
DTPa+IPV		
DTPa+IPV		
MMR revakc. (6. oszt)		
dTap eml. (6.oszt)		
Hepatitis B (7.oszt)		
Hepatitis B (7. oszt)		
HPV (7. oszt)		
HPV (7. oszt)		

Kérjük, hozzák el a beiratkozásra a „Gyermek Egészségügyi Kiskönyvet” illetve amennyiben van már a gyermeknek a „Védőoltás 14 év feletti személy részére” nevű kiskönyvet, hogy a tanuló eddig kapott oltásait leellenőrizhessük.

NYILATKOZAT

Alulírott hozzájárulok,
hogy nevű gyermekem az iskolai
egészségügyi szűrővizsgálatokon részt vegyen.

Dátum:.....

.....
Szülő/törvényes képviselő aláírása