



Kispesti

Bolyai János Általános Iskola

Szülői nyilatkozat

Alulírott.....szülő, kifejezetten hozzájárulok
gyermekem.....

.....
(név, születési hely, idő, anyja neve) osztályos tanuló személyes és egészségügyi adatainak kezeléséhez, nyilvántartásához.
Kifejezetten hozzájárulok 26/1997 (IX.3.) NM rendelet 2. és 3. számú mellékletében előírt a nevelési- oktatási intézmény
orvosa illetve védőnője által ellátandó iskola-egészségügyi feladatok ellátásához.

Egészségügyi kérdőív

Tanuló neve, osztálya, TAJ száma:.....

1. Lezajlott fertőző betegségek: bárányhimlő, vörheny (skarlát) *, egyéb:
2. Műtétek: Igen / Nem Ha igen, milyen:
3. Gyógyszerérzékenység: Igen / Nem Ha igen, mire:
4. Szemüveg: Igen / Nem Ha igen: dioptria nagysága:.....
5. Áll-e fenn gyermekének valamilyen idült, tartós szakorvosi gondozást igénylő egészségügyi problémája?
 - a. Légúti allergia: Igen / Nem
Ha igen, mi a panasza: nátha, fulladás, egyéb:
Mire allergiás: pollenek fa, fű, parlagfű, egyéb:
 - b. Étel allergia: I/N
Ha igen, milyen panaszok: hasfájás, kiütés, egyéb:.....
Milyen ételre?:
 - c. Szívbetegség, magas vérnyomás, cukorbetegség, hormonális eredetű elváltozások, epilepszia,
mozgásszervi elváltozás, emésztőrendszeri betegségek, látás, halláskárosodás,
egyéb:
Ha igen, lehetőleg pontos megnevezés:.....

KÉRJÜK AZ UTOLSÓ SZAKORVOSI LELETET BEKÜLDENI!

6. Ha van az 5-ös pontban felsorolt, vagy egyéb tartós egészségügyi problémája, nevezze meg a gondozó intézetet:
.....
Gondozó orvos:
7. Rendszeresen szedett gyógyszerei:
8. Család elérhetősége: mobil telefon: E-mail cím:
9. Házi gyermekorvosának neve, címe:

Dátum:

Szülő aláírása:.....

A megfelelő választ aláhúzással válassza ki, vagy a pontozott vonalra írjon

Kérnénk ezen nyilatkozatot 09.14-ig az iskolába visszajuttatni zárt borítékban!

Köszönettel iskola egészségügyi szolgálat:

Dr. Szánthó András iskolaorvos 0630-9616541

Dóri Péterné védőnő 0630 3239489