

Szülői nyilatkozat

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

.....
(név, születési hely, idő, anyja neve) osztályos tanuló személyes és egészségügyi adatainak kezeléséhez, nyilvántartásához.
Kijelentem, hogy gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs. Továbbá kijelentem, hogy amennyiben gyermekem egészségügyi állapotában változás áll fenn, arról haladéktalanul értesítem az iskola orvosát és/vagy az iskola védőnőjét.

Egészségügyi kérdőív

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

1. Család elérhetősége: mobil telefon: E-mail cím:
2. Házi gyermekorvosának neve, címe:
3. Lezajlott fertőző betegségek: bárányhimlő, vörheny (skarlát) *, egyéb:
4. Műtétek: Igen / Nem Ha igen, milyen:
5. Gyógyszerérzékenység: Igen / Nem Ha igen, mire:
6. Szemüveg: Igen / Nem Ha igen: dioptria nagysága:.....
7. Áll-e fenn gyermekének valamilyen idült, tartós szakorvosi gondozást igénylő egészségügyi problémája?
 - a. Légúti allergia: Igen / Nem
Ha igen, mi a panasz: 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, vesebetegség
egyéb:
 - Ha igen, lehetőleg pontos megnevezés:.....

KÉRJÜK AZ UTOLSÓ SZAKORVOSI LELETET BEKÜLDENI!

KÉRJÜK AZ OLTÁSI KÖNY MÁSOLATÁT BEKÜLDENI

8. Ha van az 7-es pontban felsorolt, vagy egyéb tartós egészségügyi problémája, nevezze meg a gondozó intézetet:
.....
Gondozó orvos:
9. Rendszeresen szedett gyógyszerei:

Dátum

Szülő aláírása:.....

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

Kérnénk ezen nyilatkozatot-ig az iskolába visszajuttatni zárt borítékban!

Köszönettel iskola egészségügyi szolgálat:

Dr Kiss Dóra iskolaorvos és Susztár Viktória iskolavédőnő

Iskolai rendelési idő: szerda és péntek 8:00-14:00