**EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAP ZÁRTAN KEZELENDŐ**

 **ISKOLAEGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT RÉSZÉRE**

Tisztelt Szülő/Gondviselő!

Kérjük, az alábbiak pontos kitöltését gyermeke egészségi állapotának nyomon követése céljából.

**A tanuló alapadatai**:

|  |  |
| --- | --- |
| Tanuló neve:  | TAJ száma: |
| Születési hely: | Születési Idő: |
| Állandó lakcím: | Tartózkodási hely: |
| Anyja neve: | Telefon: |
| E-mail: |
| Apja neve: | Telefon: |
| E-mail: |
| Gondviselő neve: | Telefon: |
| E-mail: |
| Házi-gyermekorvos neve: | Telefon: |
| E-mail: |

**Előző iskolák adatai:**

1. iskola neve, címe:……………………………………………………………………………………………………….

2. iskola neve, címe:……………………………………………………………………………………………………….

Az **elektronika és elektrotechnika ágazatra** jelentkező tanulók esetében kötelező az előzetes orvosi szakmai alkalmassági vizsgálat.

A vizsgálatok helyszíne az iskola orvosi rendelője, 18 éven felüli családtag kísérete szükséges.

**Kérjük, hogy az orvosi vizsgálatra** hozzák magukkal az alábbi egészségügyi dokumentumok **FÉNYMÁSOLATÁT:**

- gyermek-egészségügyi kiskönyvéből a ***kötelező, valamint egyéb védőoltások igazolását***

- egy évnél nem régebbi ***szemész szakorvosi leletet vagy optometrista által kiállított igazolást az éleslátás és a színlátás vizsgálatáról***

- egy évnél nem régebbi ***hallásvizsgálati leletet*** (audiológiai vizsgálat - háziorvosi beutaló szükséges)

- ***zárójelentéseket,*** korábbi és folyamatban lévő ***szakorvosi járóbeteg vizsgálati-leleteket***

- a kitöltött és szülő által minden oldalon aláírt ***adatlapot***

***Ha a tanév során a tanuló egészségi állapotában változás állna be, kérjük, hogy az aktuális egészségügyi dokumentációt juttassák el részünkre.***

**Az egészségi állapotra vonatkozó adatok kezelésére csak az egészségügyi szolgálat tagjai jogosultak.**

Együttműködését előre is köszönjük. Tisztelettel:

 Dr. Nsossonné Dr. Nagy Franciska Gápelné Patkós Éva

 iskolaorvos ifjúsági védőnő

Budapest, 2024/2025 tanév

 Tájékoztatom, hogy gyermeke orvosi vizsgálatra és védőnői szűrővizsgálatra kötelezett az **1997. évi CLIV.** Egészségügyi Törvényben-, az **51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben-, és a 26/1997. (IX. 3.)** NM rendeletben-, **33/1998 NM** (VI.24) rendeletben meghatározottak szerint. A vizsgálatok helyszíne az iskola orvosi rendelője.

Dátum:…………………………

…………………………………………………

 Szülő/ gondviselő aláírása

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A tanuló egészségügyi alapadatai: válaszadáskor az „igen”-t vagy a „nem”-et „X”-szel szíveskedjék jelölni!** | **igen** | **nem** | **Amennyiben a válasz igen, a betegség megnevezése. A betegség kezdete? Jelenleg is fennáll-e?** |
| **betegség**: gerinc, végtagok, ízületek (pl. gerincferdülés, lúdtalp, izületi gyengeség,…):  |  |  | milyen korrekció történt/történik: |
| **sérülés**: gerinc, végtagok, ízületek, mellkasi-,hasi sérülés, törés, rándulás, ficam) |  |  |  |
| Szív, **keringési rendszer** betegsége (pl. szívzörej, ritmuszavar, fejlődési rendellenesség, magas vérnyomás, …): |  |  |  |
| Asztma, **tüdőbetegség** (pl. gyakori tüdőgyulladás, mellhártyagyulladás, légmell….): |  |  |  |
| **Idegrendszer** betegsége: pl.epilepszia, **pszichiátriai betegség**: (pl. pánikbetegség, idegkimerültség, depresszió, szorongás, játékszenvedély, drogfogyasztás, egyéb) |  |  | állapot/betegség neve:gyógyszer neve: |
| Egyéb: pl. fejfájás, szédülés, migraine, nő-gyógyászati problémák, írási-,olvasási-, beszédzavar, számolási probléma, |  |  |  |
| **Hormonális:** pajzsmirigy, nőgyógyászati problémák |  |  |  |
| Idült **bőrbántalom** (pl. ekcéma, pikkkelysömör,…) |  |  |  |
| Máj, vese, gyomor, pajzsmirigy betegsége: |  |  |  |
| Veleszületett, szerzett **fejlődési elváltozások** |  |  |  |
| **Hallás**károsodott-e, hallókészüléket visel-e? |  |  |  |
| COVID-19 védőoltásokCOVID-19 megbetegedés |  |  | oltások időpontja: |
| megbetegedés időpontja: |
| **Cukorbetegség** |  |  | gyógyszer neve: |
| Rendszeres/időszakos **gyógyszerszedés:**Milyen betegségre szedi? |  |  | gyógyszer neve:adagolása: |
| **Allergia** (gyógyszer, táplálék, egyéb),szénanátha |  |  | gyógyszer és betegség neve: |
| **Gyógytestnevelés**en való részvétel előző iskolában |  |  | okai: |
| **Szemüveg**, kontaktlencse viselése |  |  | Dioptria: jobb szem: bal szem:színtévesztés: igen / nem |
| **Műtétek** okai, időpontjai: |  |  |  |

**Aláírásommal igazolom, hogy gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs, az esedékes szűrővizsgálatokról és a gyermekek jogairól, értesítettek, (az iskola honlapján elolvasható) annak jelentőségéről a szükséges információt megkaptam és azt megértettem.**

Dátum: …………………………………. …………………………………………………

 Szülő/gondviselő aláírása