

## ISKOLA - EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV

(Gyermekek érdekében szíveskedjenek aláhúzással és szövegesen válaszolni a kérdésekre.  
Az egészségügyi adatok védelme érdekében lezárt borítékban, „iskolavédőné részére” felirattal ellátva kérjük leadni!)  
**Az adatokat bizalmasan kezeljük!**

A tanuló neve: ..... TAJ száma: .....

Születési helye: ..... Ideje: ..... Testvérek száma: ..... fő

Édesanyja neve: ..... Elérhetősége (telefon): .....

Leánykori neve: .....

Édesapja neve: ..... Elérhetősége (telefon): .....

Gondviselő neve: .....

Állandó lakcíme: .....

Tartózkodási címe: .....

Háziorvosának neve: .....

Óvoda neve és címe, ahová gyermeke járt: .....

Gyermeke újszülött korában igényelt-e komolyabb orvosi beavatkozást? **Igen / Nem**

Milyet? .....

Fejlődési rendellenesség: .....

Állt-e kórházi kezelés alatt? (kérem mellékelje leleteit) **Igen / Nem**

Miért és hány évesen? .....

Jelenleg áll-e szakorvosi ellenőrzés alatt? (kérem mellékelje leleteit) **Igen / Nem**

Miért?Mióta? .....

Sorolja fel, hogy milyen gyógyszereket szed állandóan: .....

Van-e valamilyen krónikus betegsége? (pl. cukorbetegség, magas vérnyomás, szív-,vesebetegség)  
..... **Nincs**

Van-e gyógyszerallergiája? **Igen / Nem** .....

Van-e bármilyen egyéb allergiája? HA **igen**, milyen anyagokra? .....

Volt-e súlyos sérülése, törése, agyrázkódása? (kérem mellékelje leleteit) **Igen / Nem**

Mi? Mikor? .....

Volt-e már eszméletvesztése, görcsroham (epilepszia, lázgörcs)? (kérem mellékelje leleteit) **Igen / Nem**

Mi? Mikor? .....

Volt-e asztmás rohama? HA **igen**, milyen gyakorisággal? .....

Volt-e műtété? (kérem mellékelje leleteit) **Igen / Nem**

Mikor? Mi volt az? .....

Volt-e pszichés betegség miatt gondozott? (szorongás, depresszió, viselkedés-, magatartászavar, hiperaktivitás, iskolafóbia) (kérem mellékelje leleteit) **Igen / Nem**

Mikor? Mivel? .....

Megkapta-e az összes kötelező védőoltást? **Igen / Nem**

Az elmaradás oka, oltás megnevezése: .....

Volt-e valamelyik védőoltásnak szövődménye? **Igen / Nem**

Melyiknek és mi? .....

Éltek-e külföldön? **Igen / Nem**

Amennyiben igen, kapott-e gyermeke külföldön védőoltást? **Igen / Nem**

Az előző tanévben (óvodában) milyen testnevelési csoportba tartozott?

Normál – könnyített – gyógytestnevelés – felmentett

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

**Kérjük a megfelelő választ X-szel jelölje!**

Betegség	Anya	Anya családja	Apa	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/elmebetegség					
Fejlődési rendellenesség					
Daganatos betegség					
Csökkent látás/vakság					
Nagyothallás/süketség					
Egyéb (.....)					

A járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI.3.) NM rendelet értelmében oktatási intézmény nappali tagozatára csak az előírt, kötelező védőoltásokkal rendelkező gyermekek vehetőek fel. Ezért kérnénk, hogy az életkorhoz kötött kötelező védőoltásokat szíveskedjenek igazolni. Ennek céljából a GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI KISKÖNYV-ből a védőoltásokról szóló részt kérjük fénymásolni.

Továbbá szeretnénk kérni, hogy az iskolaegészségügyi dokumentáció részét képező „Adatlap a fejlődési szint megítéléséhez az iskolai felkészítés elősegítésére” (5 éves korban készített **ORVOSI státusz, nem a védőnői**) című nyomtatványt szintén mellékeljük számunkra.

**A kitöltött iskola – egészségügyi kérdőívet, oltásigazolást és adatlapot zárt borítékban szíveskedjenek leadni „iskolavédőnő részére” felirattal.**

**A testnevelés csoportbesorolás és a gyógytestnevelés foglalkozások rendjéről, az iskola-egészségügyi szolgálat működésének rendjéről, valamint a gyógyszeradásról szóló tájékoztatót megismertem, a tájékoztatóban szereplő információkat tudomásul veszem:**

Dátum:

.....

Szülő aláírása

Fáradozását köszönve:



.....  
*Simonné Bús Judit*

Simonné Bús Judit