

Szülői Nyilatkozat

Kedves Szülő!

Kérjük gyermeke hatékonyabb iskola-egészségügyi ellátása érdekében töltse ki a nyilatkozatot.

Gyermeke az iskolában kétfévente a páros évfolyamokon kötelező iskolaorvosi, iskolavédőnői szűrővizsgálaton vesz részt, melynek eredményéről igazolást adunk. Kérjük, őrizze meg.

A tanuló neve:.....

Születési hely, idő:.....

Anyja neve:.....

TAJ szám:.....

Szakképzés esetén választott szakmacsoport.....

1. Gyermekeénél korábban és jelenleg meglévő betegségeket, elváltozásokat aláhúzással jelölje:

Allergia, asztma, ekcéma, színtévesztés, gerincferdülés, migrén, halláscsökkenés, szív-, cukor-, tüdő-, vese-, máj-, pajzsmirigy-, idegrendszeri-, immunológiai- szem-, pszichés betegség, vérzékenység, coeliakia, epilepszia, daganat, beilleszkedési-, tanulási zavar, beszédhiba, egyéb:

2. Melyik betegség miatt járnak rendszeres ellenőrzésre?.....

3. Milyen gyógyszert szed rendszeresen?.....

4. Milyen műtete, balesete volt? mandula, vakbél, sérv, szem, törés, agyrázkódás, eszméletvesztés, lázgörcs, görcssel járó rosszullét, egyéb.....

5. Milyen allergiás túlérzékenységről tudnak?.....

(gyógyszer, darázs, egyéb).....

6. Védőoltás után előfordult súlyos oltási reakció?.....

7. Szemüveget visel: Gyógytestnevelésre jár: Leigazolt sportoló,(sportág):

8. Egyéb közlendő:

Szülők, egyenes ági rokonoknál előforduló betegségeket aláhúzással, melyik ágról X-el jelölje.

Betegség	Anya/ családja	Apa/ családja	Testvér(ek)
Szív-, érrendszeri betegség (agyvérzés magas vérnyomás, infarktus, trombózis)			
Allergia, asztma			
Krónikus gyomor-, bélrendszeri betegség			
Krónikus vese, húgyúti betegség			
Cukorbetegség			
Elhízás			
Idegrendszeri/elme-betegség			
Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség			
Daganatos betegség (jó-, rosszindulatú)			
Csökkentlátás/vakság			
Nagyothallás/süketség			
Egyéb(mi?)			

Gyermekeknek eltitkolt betegsége nincs.

Kérjük a kötelező oltások ellenőrzéséhez az oltási könyv fénymásolatát és szakorvosi ellenőrzés esetén az orvosi dokumentumokat betekintésre vagy a fénymásolatot juttassa el hozzánk.

Köszönjük, hogy megtisztelt bizalmával!

Dr. Fejes Márta

Dátumévhónap

iskolaorvos

szülő/ törvényes képviselő aláírása /18. év feletti tanuló aláírása