

EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV – Szülő által kitöltendő

Tisztelt Szülők!

Az oltási könyv fénymásolatát az adatok egyeztetése miatt, az 5 éves status vizsgálati lapot és ezt a kérdőívet zárt borítékban a gyermek nevével és osztályával ellátva kérnénk beküldeni!

Gyermekek iskolai-egészségügyi ellátásához az alábbi információkra van szükségünk. Kérjük, válaszoljanak a következő kérdésekre.

A gyermek egészségi állapotára vonatkozó adatok

Korábbi vagy jelenleg is fennálló, említésre méltó betegségek (Kérjük a megfelelőt aláhúzni!):

szívbetegség - magas vérnyomás - tüdő-, vese-, húgyutak betegségei – cukorbetegség - pajzsmirigy, vagy más hormonális eredetű betegség - kóros elhízás - emésztőrendszeri betegségek - táplálkozási problémák – gluténérzékenység - epilepszia vagy egyéb idegrendszeri betegség - fejlődési rendellenesség - daganatos betegség - mozgásszervi betegségek – egyéb

Műtétek: *nem / igen, szív – mandula (orr, garat) – vakbél – sérv – szem – fül – vese – tüdő – agy – mozgásszervi - egyéb*

Rendszeresen szedett gyógyszerek: *nem / igen, kérjük megnevezni:* _____

Gyógyszerallergia: *nem / igen, kérjük megnevezni:* _____

Egyéb allergiák: *nem / igen, étel – növény - állati szőr – vegyszer – rovarcsípés – egyéb, kérjük megnevezni:* _____

Fertőző betegségek: *bárányhimlő – rózsahimlő – skarlát – mumpsz – májgyulladás – agyvelő-vagy agyhártyagyulladás – egyéb*

Érzékszervi problémák:

látásprobléma: *nincs / van, dioptria:* _____

hallásprobléma: *nincs / van, hallókészülék: nincs / van*

Sajátos nevelési igényű gyermek (SNI): *nem / igen, oka:* _____

Érzelmi, magatartási probléma: *nincs / van, hiperaktivitás – figyelemzavar – depresszió – szorongás - beilleszkedési és magatartási probléma - írás nehézsége - olvasás nehézsége - számolás nehézsége - autizmus spektrumzavar - Asperger szindróma*

Fennálló betegség/állapot esetén a gondozási leletek másolatát kérjük beküldeni!!!

Felhívjuk a Szülők figyelmét, amíg gyermekük ebbe a tanintézménybe jár, az iskola orvosának jelezni kötelesek, ha a gyermek egészségi állapotában bármikor változás állna be!

A család egészségi állapotára vonatkozó egészségügyi adatok

A családban van/volt-e komolyabb betegség, például szív-és érrendszeri betegség, magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés, allergia, asztma, krónikus gyomor- bélrendszeri betegség, vese-húgyuti betegség, cukorbetegség, elhízás, idegrendszeri betegség, fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség, daganatos betegség, csökkent látás/vakság, nagyothallás/süketség?

Anyánál: _____ **Anya családjánál:** _____

Apánál: _____ **Apa családjánál:** _____

Testvéreknél: _____

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek egyéb, eltitkolt betegsége nincs.

Szülő aláírása

TÁJÉKOZTATÓ SZÜLŐKNEK

Az iskola-egészségügyi ellátás tagjai az *iskolaorvos* és az *iskolavédőnő*.

Munkánk célja, a panaszt még nem okozó elváltozások mielőbbi felfedezése, kiszűrése. Az 1997. évi CLIV. törvény, az

51/1997. (XII.18.) NM rendelet, a 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet és a 26/1997. (IX.3.) NM rendelet alapján **a tanulók kötelező szűrővizsgálatokon vesznek részt a páros évfolyamokon, valamint évente kontrollvizsgálat történik az egészségügyi okok miatt nyilvántartásba vett tanulóknál**, ami magába foglalja a teljes fizikális vizsgálatot, vérnyomásmérést, pajzsmirigy vizsgálatát, érzékszervek működésének vizsgálatát, mozgásszervek vizsgálatát, pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés, magatartásproblémák feltárását.

A vizsgálatok elvégzését az egészségügyi szolgálat dokumentálja, és az érintett személy (törvényes képviselője) részére a vizsgálat eredményéről leletet ad a Kréta rendszerén keresztül. Amennyiben az iskolaorvos indokoltnak tartja, célzott vizsgálatok végzése szükséges.

16 éves korban (az adott tanév szeptember 1-je és a következő év augusztus 31-e között 16. életévüket betöltők) záró állapotvizsgálatot végzünk, melyről igazolást küldünk online, a Kréta rendszerén keresztül.

A vizsgálatokon a részvétel minden tanulónak kötelező!

Kérjük a Szülőket, hogy beutalás esetén mielőbb kérjenek időpontot az adott **szakorvosi vizsgálatra**, és annak **eredményét** (a kapott leletet) feltétlenül **juttassák vissza részünkre** a szakszerű ellátás biztosítása érdekében!

Testnevelés alóli felmentést - gyógytestnevelés besorolást **csak** az iskolaorvos adhat ortopédiai vagy egyéb szakorvosi javaslatra!

Az iskolában betegellátást csak elsősegély jelleggel végzünk, betegség esetén forduljanak a háziorvoshoz! A járványok elkerülése miatt ne küldjék gyermeküket betegen az iskolába!

Az iskolai nevelés fontos és elengedhetetlen része az egészségsnevelés, melynek keretein belül **egészségfejlesztő órák** megtartására kerül sor a tanév során.

A korábbi **kötelező védőoltások** meglétét **ellenőrizzük, szükség esetén pótoljuk.**

A tanuló neve:	TAJ:
	Lakcím:
Születési hely, idő:	
Anyja leánykori neve, elérhetősége:	
Apja/Gondviselő neve, elérhetősége:	
Házi gyermekorvos neve, elérhetősége:	
Előző iskola neve, címe:	

SZÜLŐI NYILATKOZAT

- Hozzájárul-e, hogy gyermeke egészségét vagy életét veszélyeztető egészségügyi elváltozásokról az osztályfőnököt tájékoztassuk? **HOZZÁJÁRULOK** **NEM JÁRULOK HOZZÁ**
- Hozzájárul-e, hogy gyermekének szükség esetén gyógyszert, fájdalomcsillapítót, görcsoldót adjunk?
HOZZÁJÁRULOK **NEM JÁRULOK HOZZÁ**
- Alulírottegyértelműen és kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy az iskola-egészségügyi szolgálat dolgozói (orvos, védőnő), mint adatkezelők, gyermekem személyes adatait kezeljék az iskola honlapján kitett tájékoztatóban foglaltak szerint.
- Az iskola-egészségügyi gondozási terv az iskola honlapján elérhető. Az Iskola-egészségügyi Szolgálat működéséről és a szűrővizsgálatokról szóló tájékoztatást megkaptam, tudomásul vettem.
- Engedélyezem, hogy szükség esetén az iskolaorvos a gyermekem dokumentációját az EESZT-ben megtekinthesse.

Szülő aláírása

