

TISZTELT SZÜLŐK!

Kérnénk az alábbi adatlapot kitölteni és a gyermek oltási könyvével, vagy annak másolatával együtt visszaküldeni az iskola-egészségügyi szolgálat részére.

ADATLAP

A gyermek neve:..... osztály:.....

Születési hely és idő:.....

Tartózkodási hely (irányítószámmal):

Előző iskola neve, címe:

Hogyan született a gyermek (spontán, császármetszéssel, koraszülés stb.), mekkora súllyal:

Anyja leánykori neve:..... e-mail cím: tel:.....

Apja neve:..... e-mail cím: tel:.....

Testvérek neve, születési éve és egészségügyi állapota:

A gyermek TAJ száma:.....

A gyermek háziorvosának neve, rendelési helye :

Részesül-e a gyermek gondozásban valamilyen betegsége, vagy kóros állapota miatt:

Amennyiben az előző kérdésre igennel válaszolt, kérem részletezze, hogy mik a gyógyító tevékenységgel kapcsolatos fontosabb adatok! / ki gondozza a gyermeket, hol gondozzák, milyen terápiában részesül, milyen gyakran jár ellenőrzésre stb./ kérjük lelet másolatot mellékeljen

Van-e a gyermeknek gyógyszerrel vagy egyéb más anyagokkal szembeni érzékenysége:

Szed-e rendszeresen gyógyszert a gyermek, ha igen, mit:

Kérem sorolja fel mikor és milyen műtéteken, fertőző betegségeken esett át a gyermek / bárányhimlő, skarlát stb./

| Csalásban előforduló betegségek | Szív és érrendszeri betegségek (magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés) | Allergia, asztma | Krónikus vese- húgyúti betegségek | Cukorbetegség | Elhízás | Idégrendszer/elm betegség | Fejődési rendellenesség, örökfődő betegség | daganatos betegség | Csökkent látás, vakosság | Nagyothallás, sükettség | Egyéb |
|---------------------------------|--|------------------|--------------------------------------|---------------|---------|------------------------------|---|-----------------------|-----------------------------|----------------------------|-------|
| Anyja/ családja | | | | | | | | | | | |
| Apja/ családja | | | | | | | | | | | |
| Testvérek | | | | | | | | | | | |

Kérjük
tegyen
x-et a
megfelelő
helyre!

Ha a fentiekén kívül valamit még fontosnak tart közölni az orvossal és védőnővel kérjük az alábbiakban tegye meg!

Együttműködésüket köszönve üdvözlettel :

Majthényi Éva
az iskola egészségügyi ellátásáért felelős védőnő

Dr. Tasnádi Klára
ifjúsági orvos

Dátum:

szülő aláírása