

## TÁJÉKOZTATÓ ÉS NYILATKOZAT

Tisztelt Szülők!

Az iskola-egészségügyi ellátás tagjai: az iskolaorvos és az ifjúsági védőnő. Munkánk célja, a panaszt még nem okozó elváltozások felfedezése, szűrése és a betegségek kialakulásának megelőzése. Ennek érdekében a tanulók szűrővizsgálatokon vesznek részt. A szűrések alapján végezzük a gyermekek gondozását, a testnevelési, és gyógytestnevelési besorolását. A talált elváltozások alapján szakorvosi vizsgálatra javaslatot, vagy beutalót kapnak a tanulók. Kérjük a Szülőket, hogy szorgalmazzák a vizsgálatok mielőbbi elvégzését és az eredmény visszajuttatását!

Munkánk eredményességéhez kérjük, hogy az alábbi nyilatkozat kérdéseire gyermekük érdekében pontosan adják meg a választ!

**Betegellátást csak elsősegély jelleggel végzünk, betegség esetén forduljanak az illetékes háziorvoshoz!**

A gyermek neve: \_\_\_\_\_ osztálya: \_\_\_\_\_

A gyermek születésének helye: \_\_\_\_\_ ideje: \_\_\_\_\_

Lakcíme: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_ Gyermekek TAJ száma: \_\_\_\_\_

Háziorvosa neve: \_\_\_\_\_

**Voltak-e vagy vannak-e a gyermeknek az alábbi betegségei:**

Gyógyszer-érzékenység: \_\_\_\_\_

Allergia, ekcema, asztma: \_\_\_\_\_

Agyvelő v., agyhártyagyulladás: \_\_\_\_\_

Szívizom- vagy ízületi gyulladás: \_\_\_\_\_

Cukorbetegség: \_\_\_\_\_

Vesebetegség: \_\_\_\_\_

Pszichológiai vizsgálatban v. kezelésben részesült-e: \_\_\_\_\_

Eszméletvesztéses rosszullét/epilepszia: \_\_\_\_\_

Egyéb ideggyógyászati betegség: \_\_\_\_\_

Visel, v. viselt-e szemüveget: \_\_\_\_\_

Részesült-e kórházi kezelésben: \_\_\_\_\_ (ha igen, a zárójelentés másolatát hozza magával)

Szed-e rendszeresen gyógyszert, ha igen melyet: \_\_\_\_\_

Testnevelés alól felmentett volt-e: \_\_\_\_\_ (ha igen, miért?Javaslat?) \_\_\_\_\_

Fertőző gyermekbetegségei: \_\_\_\_\_

Milyen lényegesebb balesete volt: \_\_\_\_\_

Egyéb betegsége volt-e, van-e: \_\_\_\_\_

Láz esetén milyen gyógyszert kaphat: \_\_\_\_\_

**Kérem, szíveskedjen a túloldali táblázatot is kitölteni!**

**Kérem, hogy a gyermek védőoltásairól névvel ellátott fénymásolatot a titkárságon vagy az osztályfőnöknek leadni szíveskedjenek!**

### CSALÁDI ANAMNÉZIS

Betegség neve	Anya	Apa	Testvér	Anyai nagyszülő	Apai nagyszülő
Szív-és érrendszeri(magas vérnyomás, infarktus, stb.)					
Allergia, asztma					
Krónikus gyomor- és bélrendszeri					
Krónikus vese- és húgyúti					
Cukorbetegség					
Elhízás					
Idegrendszeri/elme					
Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség					
Daganatos betegség					
Csökkent látás/ vakság					
Nagyothallás/süketség					
Egyéb					
Egyéb					

Dátum: 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Szülő aláírása