**Egészségügyi adatlap**

**Előző iskola neve:**

**Címe:**

**A tanuló személyi adatai**

Tanuló neve, osztálya:

Anyja születési neve:

Tanuló születési helye, ideje:

TAJ száma: Testvéreinek száma:

Lakcíme:

Gondviselő neve, telefon, e-mail:

**Gyermeke egészségi állapotára vonatkozó adatok**

**I. Születési adatok**

Időre született - koraszülött volt - túlhordott (húzza alá)

Sima szülés volt – császármetszés – vákuum (húzza alá)

Születési súly, hossz:

Van-e valamilyen fejlődési rendellenessége? Érte-e szülési sérülés?…………………………………………………......................................

**II. Gyermekkorában**

Volt-e műtéte? Ha igen, akkor mikor, miért és hol műtötték?

Ápolták-e kórházban egyéb okból? Ha igen, mikor, miért és hol?

Volt-e csonttörése? Ha igen, mikor és mi tört el?

Átvészelt fertőző gyermekbetegségei (pl. bárányhimlő, skarlát stb.):

Volt-e eszméletvesztéssel járó rosszulléte, görcsrohama? igen - nem

Járt-e nevelési tanácsadóba? Pszichológushoz?

Ha igen, akkor miért és mikor? ..............................................................................

**III. Jelenleg**

Van-e a gyermekének

* érzékszervi elváltozása (látás, hallás):
* mozgásszervi elváltozása (gerincferdülés, lúdtalp stb.):

* valamilyen krónikus betegsége (asztma, szív-érrendszeri, vese-, pajzsmirigy-, cukorbetegség, epilepszia, ekcéma stb.)
* neurológiai vagy pszichiátriai betegsége:
* tanulási nehezítettsége, magatartásbeli zavara (pl. diszlexia, diszgráfia, diszkalkúlia, beszédhiba, hiperaktivitás, autizmus stb.):

Jelenleg kezelik-e, ellenőrzik-e állapotát valamilyen egészségügyi intézményben? Ha igen, hol és mi miatt?

Kell-e rendszeresen gyógyszert szednie? Ha igen, mit és milyen adagban?

Van-e gyógyszerérzékenysége és mire?

Van-e allergiás megbetegedése? (légúti-, bőr-, ételallergia, rovarcsípés, egyéb)

Visel-e szemüveget, kontaktlencsét, hallókészüléket, lúdtalpbetétet, fűzőt vagy egyéb gyógyászati segédeszközt?

Általános iskolában milyen testnevelési besorolásban volt?

Normál – Könnyített/Részleges felmentés – Gyógytestnevelés – Teljes felmentés

Egyéb közlendő:

Kérjük, a táblázatban X-szel jelöljék a családban előfordult betegségeket!

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Családban előforduló betegségek | Anya | Anya családja | Apa | Apa családja | Testvér |
| Szív és érrendszeri betegségek (magas vérnyomás, agyvérzés, infarktus) |  |  |  |  |  |
| Allergia, asztma |  |  |  |  |  |
| Krónikus gyomor, -bélrendszeri betegség  |  |  |  |  |  |
| Cukorbetegség |  |  |  |  |  |
| Elhízás |  |  |  |  |  |
| Krónikus vesebetegség |  |  |  |  |  |
| Idegrendszeri/pszichi-átriai betegség |  |  |  |  |  |
| Fejlődési rendellenesség/ örökletes betegség |  |  |  |  |  |
| Daganatos betegség |  |  |  |  |  |
| Csökkentlátás, vakság |  |  |  |  |  |
| Nagyothallás, süketség |  |  |  |  |  |
| Egyéb betegség |  |  |  |  |  |

**Tanuló neve:..........................................................................................osztálya: ................................**

**Tisztelt Szülők!**

Az iskola-egészségügyi ellátás keretén belül munkánk része a tanulók rendszeres szűrővizsgálata és egészségi állapotuk nyomon követése.

|  |  |
| --- | --- |
| **Szűrővizsgálatok** | **Szűrésre kötelezett évfolyamok** |
| Testmagasság és testtömeg mérés | Felvételkor, 10., 12. évfolyam és 16 éves korban  |
| Látásélesség vizsgálata | Felvételkor, 10., 12. évfolyam és 16 éves korban |
| Színlátás vizsgálata | Felvételkor vagy 16 éves korban |
| Hallásvizsgálat | Felvételkor, 10., 12. évfolyam és 16 éves korban |
| Golyvaszűrés | Felvételkor, 10., 12. évfolyam és 16 éves korban |
| Mozgásszervek vizsgálata | Felvételkor, 10., 12. évfolyam és 16 éves korban |
| Vérnyomásmérés | Felvételkor, 10., 12. évfolyam és 16 éves korban |
| Belgyógyászati jellegű orvosi vizsgálat | Felvételkor, 10., 12. évfolyam és 16 éves korban |
| Szakmai alkalmassági vizsgálat | Felvételkor, majd évente |
| Tisztasági vizsgálat | Szükség szerint |

Középiskolában életkorhoz kötött kötelező védőoltás nincs.

A szakgimnáziumi, szakközépiskolai és szakiskolai képzésben kötelező a tanulók szakmai alkalmassági vizsgálata, melyet az iskola-egészségügyi szolgálat végez (iskolaorvos, védőnő).

**Kérjük, hogy a kitöltött adatlapot, kórházi zárójelentéseinek, orvosi leleteinek fénymásolatát hozza magával az iskolai orvosi vizsgálatra vagy az első tanítási napon!**

**Az első orvosi vizsgálat alkalmával be kell mutatni a tanuló oltási könyvét!**

**Kérjük, hogy amennyiben a későbbiekben változás áll be gyermeke egészségi állapotában (krónikus betegség, műtét, baleset, egyéb kórházi ápolás), a lelet, zárójelentés másolatát szíveskedjen eljuttatni az iskolaorvos vagy az iskolavédőnő részére!**

Aláírásommal igazolom, hogy gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs, a rendeletben előírt kötelező szűrővizsgálatokról a tájékoztatást megkaptam és tudomásul vettem.

Dátum:………………………………. Szülő/gondviselő aláírása:………………………….....……….