



XVI. kerület
Kertvárosi
Egészségügyi
Szolgálat

1163 Budapest Tekla u. 2/c.
Tel: 401-1300, Fax: 401-0225
E-mail: krausz.zsuzsanna@szakrendelo16.hu
Mobil: +36 20 411 3510
Web: www.szakrendelo16.hu

ISKOLA-EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAP

Tisztelt Szülő/Gondviselő!

Gyermeke iskola-egészségügyi ellátásához az alábbi információkra van szükségünk, kérjük az alábbiak **PONTOS és HIÁNYTALAN** kitöltését.

Gyermek neve:	
Születési helye:	Szül. ideje:
Állandó lakcím:	Tartózkodási hely:
Apa születési neve:	Apa tel.:
Anya születési neve:	Anya tel.:
Házi gyermekorvosuk neve:	Tel:

A GYERMEK EGÉSZSÉGÜGYI ADATAI:

Kérjük az „igen”-t vagy a „nem”-et X-szel szíveskedjen jelölni:

	NEM	IGE N	Amennyiben igen, kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre:
Van-e gyermekének gyógyszerérzékenysége?			Milyen gyógyszerre?
Van-e egyéb allergiája (pl.: étel, pollen stb.)			Milyen allergia?
Milyen fertőző betegségen esett keresztül? (pl: skarlát, vírusos bélgyulladás, leprekímlő, stb.)			A betegség(ek) megnevezése: Mikor esett át rajta?:
Volt-e műtete, balesete, törése?			Milyen műtete, balesete, törése volt?: Mikor?:
Szív és érrendszeri-, légzőszervi-, tüdő-, asztma, vese-, mozgásszervi-, idegrendszeri-, egyéb betegség(ek) miatt áll-e rendszeres orvosi gondozás alatt?			A betegség(ek) megnevezése: Amennyiben orvosi gondozás alatt áll, <u>hol</u> gondozzák?:
Rendszeres gyógyszeresedés:			A gyógyszer neve: Adagolása: Milyen betegségre szedi?:
Van-e veleszületett vagy szerzett fejlődési rendellenessége?			Milyen rendellenesség?:
Van-e szemüvege?			Dioptria: jobb: Bal:
Van-e hallás eltérése?			Mi az oka?:
Jár-e vagy korábban járt-e gyógytornára / gyógytestnevelésre?			Milyen eltérés miatt?
Van-e, (volt-e) testnevelés alóli felmentése?			Milyen eltérés miatt? Mikor volt / mikortól van?:
Könnyített testnevelésen részt vesz- e? (pl. asztma, szénanátha, kardiológiai-, orthopédiai-, stb. eltérés miatt)			Milyen eltérés miatt?

A CSALÁD EGÉSZSÉGÉRE VONATKOZÓ AKTUÁLIS ADATOK (Jogsabályi előírás alapján)

Honlap: www.szakrendelo16.hu Adószám: 15516288-2-42 Bankszámlaszám: 11784009-15516288

FORDÍTS!



XVI. kerület
Kertvárosi
Egészségügyi
Szolgálat

1163 Budapest Tekla u. 2/c.
Tel: 401-1300, Fax: 401-0225
E-mail: krausz.zsuzsanna@szakrendelo16.hu
Mobil: +36 20 411 3510
Web: www.szakrendelo16.hu

Kérem, jelölje be X-szel, hogy mely családtagjuknál mely betegség(ek) fordulnak / fordultak elő!

Betegség	Apa / családja	Anyja / családja	Testvér	Betegség megnevezése
Szív- érrendszeri betegség (magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés)				
Allergia, asztma				
Krónikus gyomor-bélrendszeri betegség				
Krónikus vese- és húgyúti betegség				
Cukorbetegség				
Elhízás				
Idegrendszeri / elme betegség				
Fejlődési rendellenességek, öröklődő betegség				
Daganatos betegség				
Csökkentlátás / vakság (csak 7 dioptria felett)				
Nagyothallás / sükettség (csak hallókészülék esetén)				
Vérzékenység				
Krónikus betegség				
TBC				
Egyéb fertőző betegség				

A FENTI ADATOK KEZELÉSÉRE CSAK AZ ISKOLA-EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT TAGJAI JOGOSULTAK.

A KITÖLTÖTT ISKOLA-EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAPPAL EGYÜTT KÉRJÜK (ZÁRT BORÍTÉKBAN) LEADNI AZ OSZTÁLYFŐNÖKNEK:

- A KÓRHÁZI ZÁRÓJELENTÉSEK, GONDOZOTT ELTÉRÉS(EK) ESETÉN AZ ORVOSI LELETEK FÉNYMÁSOLATÁT,
- KÖNNYÍTETT TESTNEVELÉS, GYÓGYTESTNEVELÉS, GYÓGYTORNÁ, TESTNEVELÉS ALÓLI TELJES FELMENTÉS ESETÉN A LELETET, ILLETVE AZ ERRŐL SZÓLÓ JAVASLATOT,
- AZ GYERMEK- EGÉSZSÉGÜGYI KÖNYVET (OLTÁSI KISKÖNYV), VAGY E-MAILBEN AZON OLDALAIT BEFOTÓZVA, AMELYEKEN AZ OLTÁSOK SZEREPELNEK (E-MAIL TÁRGYÁBAN A GYERMEKE NEVE, OSZTÁLYA, ISKOLÁJA),
- AZ ORVOSI (TEHÁT NEM A VÉDŐNŐI) 5 ÉVES STÁTUSZLAPOT (ADATLAP A FEJLŐDÉSI SZINT MEGÍTÉLÉSÉHEZ AZ ISKOLAI FELKÉSZÍTÉS ELŐSEGÍTÉSÉRE)

AMENNYIBEN A TANÉV SORÁN GYERMEKÉNÉL ÁLLAPOTVÁLTOZÁS ÁLLNA BE, KÉRJÜK HALADÉKTALANUL JELEZZE FELÉNK!

Dr Csorba Noémi
iskolaorvos
+36 20 411 3800

Krausz Zsuzsanna
iskolavédőnő
+36 20 411 3510

Az Iskola- egészségügyi Szolgálat tájékoztatóit, egyéb dokumentumait az IER Kréta rendszeren fogjuk küldeni!

Az IER Kréta használata kötelező – az értesítések figyelmen kívül hagyása nem mentesít!

A fejtetvesség megelőzéséről, a szűrővizsgálatokról, a kezelés módjáról, a kiszűrt esetekkel kapcsolatos eljárás rendjéről a tájékoztatót megkaptam. (I. az iskola honlapján)

Alulírott az iskola-egészségügyi munkáról szóló tájékoztatót elolvastam (I. az iskola honlapján), azt támogatom, kijelentem, hogy gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs, az általam adott információk a valóságnak megfelelnek.

Dátum: _____

Szülő aláírása: _____