

Tisztelt Szülő!

Kérem az alábbi adatlapot szíveskedjék kitölteni!

Tanuló neve:

Születési hely és idő:..... évhó nap

Lakcím:

TAJ szám:

Előző iskola neve:

Szülő telefonszáma, email.címe:.....

Gyermekorvos (házi orvos neve):.....

Az alább felsoroltak a gyermek egészségi állapotának felmérésére szolgálnak:

Gerinc, végtagok, ízületek betegsége: igen nem

(pl.: gerincferdülés, lúdtalp)

Szív, keringési rendszer betegsége, magas vérnyomás: igen nem

Tüdőbetegség, asztma, allergia: igen nem

Epilepszia, idegrendszeri betegség: igen nem

Pszichiátriai betegség ill. gondozás: igen nem

Bőrbetegség: igen nem

Máj, vese, gyomor, pajzsmirigy betegség: igen nem

Cukorbetegség: igen nem

Hasmenéses betegség vagy baktériumürítés: igen nem

Sérülés (pl. törés vagy baleset) igen nem

Műtét (pl. mandula, vakbél) igen nem

Fejlődési rendellenesség: igen nem

Hallássérülés: igen nem

Egyéb betegség: igen nem

Testnevelés alóli felmentés (részleges v. teljes): igen nem

(a felmentés oka)

Szemüveg: igen nem

Szintévesztés: igen nem

Fertőző betegség: igen nem

Gyógyszer vagy ételérzékenység: igen nem

Gyógyszert rendszeresen szed –e: igen nem

Feküdt-e a gyermek kórházban: igen nem

(milyen okból)

Családban előforduló betegségek:

Anya családja:

Apa családja:

Testvér:

Szív érrendszeri betegség:	van-nincs	Szív érrendszeri betegség:	van-nincs	Szív érrendszeri betegség:	van-nincs
Allergia, asztma:	van-nincs	Allergia, asztma:	van-nincs	Allergia, asztma:	van-nincs
Krónikus gyomor –bélrendszeri betegség:	van-nincs	Krónikus gyomor –bélrendszeri betegség:	van-nincs	Krónikus gyomor –bélrendszeri betegség:	van-nincs
Cukorbetegség:	van-nincs	Cukorbetegség:	van-nincs	Cukorbetegség:	van-nincs
Elhízás:	van-nincs	Elhízás:	van-nincs	Elhízás:	van-nincs
Idegrendszeri vagy elmebetegség:	van-nincs	Idegrendszeri vagy elmebetegség:	van-nincs	Idegrendszeri vagy elmebetegség:	van-nincs
Fejlődési rendellenesség:	van-nincs	Fejlődési rendellenesség:	van-nincs	Fejlődési rendellenesség:	van-nincs
Daganatos betegség:	van-nincs	Daganatos betegség:	van-nincs	Daganatos betegség:	van-nincs
Csökkentlátás vagy vakság:	van-nincs	Csökkentlátás vagy vakság:	van-nincs	Csökkentlátás vagy vakság:	van-nincs
Nagyothallás vagy sükettség:	van-nincs	Nagyothallás vagy sükettség:	van-nincs	Nagyothallás vagy sükettség:	van-nincs

Amennyiben a gyermeknek valamilyen betegsége van kérem, írja oda az okot és mellékelje a zárójelentés másolatát is!

A beiskolázási vizsgálatra feltétlenül hozza magával, a gyermek oltási könyvének fénymásolatát! (csak a védőoltási részt).

Értesítem, hogy gyermeke orvosi és védőnői szűrésre kötelezett az 51/1997. NM rendeletben meghatározott időközönként. 10. 12. évfolyamban valamint abban a tanévben amikor a 16 évet betölti.

A vizsgálatok helyszíne az iskola rendelője, a vizsgálatok időpontja az iskola honlapján kerül megjelenítésre az adott tanévben, mert ez a gyermek fejlődésének nyomon követése a rejtett betegségek korai felismerése és kezelése érdekében szükséges.

Dátum:,

.....

szülő aláírása