



**XVI. Kerület Kertvárosi Egészségügyi Szolgálat**  
 1163 Budapest, Tekla u. 2/c Tel: 401- 1310, Fax: 401-0225  
**Védőnői Szolgálat**  
 1163 Bp., Jókai M. u 5/a. Tel: 06 20-411-3035,  
 e-mail: mugits.monika@szakrendelo16.hu

**ISKOLA-EGÉSZSÉGÜGYI  
ADATLAP**

BAE\_Iskola-  
egészségügy\_Belső\_15

**Tisztelt Szülő/Gondviselő!**

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

Gyermek neve:		Osztálya:
Születési helye:	Szül. ideje:	TAJ száma:
Állandó lakcím:		Tartózkodási hely:
Apa születési neve:	Apa tel.:	e-mail címe:
Anya születési neve:	Anya tel.:	e-mail címe:
Házi gyermekorvosuk neve:	Tel:	e-mail címe:

**A GYERMEK EGÉSZSÉGÜGYI ADATAI:**

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

	NEM	IGEN	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 bélgulladás, lepkéhimlő, 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:

	NEM	IGEN	Amennyiben igen, kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre:
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?
Szülők, testvérek, nagyszülők részéről van-e magas vérnyomás, szív és érrendszeri betegség, cukorbetegség, asztma, allergia, egyéb légzőszervi betegség, daganat, strúma, mozgásszervi vagy egyéb betegség?			A betegség(ek) megnevezése:

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, GYÓGYTORNA, TESTNEVELÉS ALÓLI TELJES FELMENTÉS ESETÉN A LELETET, ILLETVE AZ ERRŐL SZÓLÓ JAVASLATOT,**
- **AZ GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI KISKÖNYVET (OLTÁSI KISKÖNYV),**
- **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 4113800

Mugits Mónika  
iskolavédőnő  
+36 20 411 3035

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

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

Dátum: \_\_\_\_\_

Szülő aláírása: \_\_\_\_\_

Adószám: 15516288-2-42 Bankszámlaszám: OTP Bank Nyrt. 11784009-15516288