

XVI. Kerület Kertvárosi Egészségügyi Szolgálat

1163 Budapest, Tekla u . 2/c. Tel: 401 -131 0, Fax: 401 -0225

Védőnői Szolgálat

1163 Bp. , Jókai M. u. 3. Tel: 0620 -411 -30 -35 -mail:

mugits.monika @szakrendelo16.hu

**XVI. Kerület Kertvárosi Egészségügyi Szolgálat**

1163 Budapest, Tekla u . 2/c. Tel: 401 -131 0, Fax: 401 -0225

Védőnői Szolgálat

1163 Bp. , Jókai M. u. 3. Tel: 0620 -411 -30 -35 -mail:

mugits.monika @szakrendelo16.hu

**SZÜLŐI NYILATKOZAT**

BAE_Védőnők_Belső_25

Tisztelt Szülő!

Gyermeke iskola-egészségügyi ellátásához az alábbi információkra van szükségünk, kérjük, válaszoljon a következő kérdésekre:

Gyermek neve:.....Osztálya:.....

Születési helye:.....Szül. ideje:.....

Apa születési neve:.....

Anya születési neve:.....

Anya tel.:.....e-mail cím:.....

Apa tel.:.....e-mail cím:.....

Gyermeke TAJ száma:.....

Lakcím:.....

Körzeti orvos neve:.....Tel:.....

1. Van-e gyermekének gyógyszerérzékenysége, ha van, mire?

2. Egyéb allergia ismert-e? (pl.: étel, pollen stb.)

3. Milyen fertőző betegségen esett keresztül és mikor?4. Milyen műtete, balesete, törése volt és mikor?

5. Szív, tüdő, asztma, vese, mozgásszervi, fejlődési rendellenesség, egyéb betegségek miatt áll-e rendszeres orvosi gondozás alatt?

6. Amennyiben orvosi gondozás alatt áll, hol gondozzák?7. Rendszeresen szed-e gyógyszert, mit és mennyit?

8. Járt-e gyógytornára? Ha igen miért?

9. Szülők, testvérek, nagyszülők részéről van-e magas vérnyomás, szívbetegség, cukorbetegség, asztma, rák, strúma, mozgásszervi vagy egyéb betegség?

KÉRJÜK, A KITÖLTÖTT SZÜLŐI NYILATKOZATTAL EGYÜTT ADJÁK LE AZ OSZTÁLYFŐNÖKNEK:

- A KÓRHÁZI ZÁRÓJELENTÉSEK, ORVOSI LELETEK FÉNYMÁSOLATÁT,
- AZ OLTÁSI KÖNYVET (GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI KISKÖNYVET),
- AZ ORVOSI 5 ÉVES STÁTUSZLAPOT (ADATLAP A FEJLŐDÉSI SZINT MEGÍTÉLÉSÉHEZ AZ ISKOLAI FELKÉSZÍTÉS ELŐSEGÍTÉSÉRE)

Dr.Csorba Noémi

iskolaorvos (+36 204113800)

...Mugits Mónika

iskolavédőnő (06204113035)

Alulírott az iskola-egészségügyi munkáról szóló tájékoztatást megkaptam (l. az iskola honlapján), azt támogatom, az általam adott információk a valóságnak megfelelnek.

Szülő aláírása:.....

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

SZÜLŐI NYILATKOZAT

BAE_Védőnők_Belső_25

Tisztelt Szülő!

Gyermeke iskola-egészségügyi ellátásához az alábbi információkra van szükségünk, kérjük, válaszoljon a következő kérdésekre:

Gyermek neve:.....Osztálya:.....

Születési helye:.....Szül. ideje:.....

Apa születési neve:.....

Anya születési neve:.....

Anya tel.:.....e-mail cím:.....

Apa tel.:.....e-mail cím:.....

Gyermeke TAJ száma:.....

Lakcím:.....

Körzeti orvos neve:.....Tel:.....

1. Van-e gyermekének gyógyszerérzékenysége, ha van, mire?

2. Egyéb allergia ismert-e? (pl.: étel, pollen stb.)

3. Milyen fertőző betegségen esett keresztül és mikor?4. Milyen műtete, balesete, törése volt és mikor?

5. Szív, tüdő, asztma, vese, mozgásszervi, fejlődési rendellenesség, egyéb betegségek miatt áll-e rendszeres orvosi gondozás alatt?

6. Amennyiben orvosi gondozás alatt áll, hol gondozzák?7. Rendszeresen szed-e gyógyszert, mit és mennyit?

8. Járt-e gyógytornára? Ha igen miért?

9. Szülők, testvérek, nagyszülők részéről van-e magas vérnyomás, szívbetegség, cukorbetegség, asztma, rák, strúma, mozgásszervi vagy egyéb betegség?

KÉRJÜK, A KITÖLTÖTT SZÜLŐI NYILATKOZATTAL EGYÜTT ADJÁK LE AZ OSZTÁLYFŐNÖKNEK:

- A KÓRHÁZI ZÁRÓJELENTÉSEK, ORVOSI LELETEK FÉNYMÁSOLATÁT,
- AZ OLTÁSI KÖNYVET (GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI KISKÖNYVET),
- AZ ORVOSI 5 ÉVES STÁTUSZLAPOT (ADATLAP A FEJLŐDÉSI SZINT MEGÍTÉLÉSÉHEZ AZ ISKOLAI FELKÉSZÍTÉS ELŐSEGÍTÉSÉRE)

Dr.Csorba Noémi

iskolaorvos (+36 20 4113800)

Mugits Mónika

iskolavédőnő (+36 204113035)

Alulírott az iskola-egészségügyi munkáról szóló tájékoztatást megkaptam (l. az iskola honlapján), azt támogatom, az általam adott információk a valóságnak megfelelnek.

Szülő aláírása:.....

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