

EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAP
26/1997.(IX.3.) NM rendelet alapján

A tanuló neve:

Születési helye: ideje:

Lakcíme: helység utca hsz.

Anyja leánykori neve: Szülő telefonszáma:

TAJ száma:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Általános iskolája neve:

Családban előforduló betegségek:

Betegség	Anya családja	Apa családja	Testvér (ek)
Szív,-érrendszeri bet. (magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés)			
Allergia, asztma			
Krónikus gyomor-bélrendszeri betegség			
Krónikus vese,- és húgyúti betegség			
Cukorbetegség			
Elhízás			
Idegrendszeri/elmebetegség			
Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség			
Daganatos betegség			
Csökkentlátás/vakság			
Nagyothallás/süketség			
Egyéb			

Allergia, gyógyszerérzékenység:

Gyermekkori fertőző betegségek:

Bárányhimlő	Rózsahimlő	Skarlát	Mumpsz	Kanyaró	Egyéb

Előző betegségek:

Baleset, sérülés, csonttörés:

Állandó kezelés, gondozás oka:gondozó orvosa:

Állandó gyógyszere, adagja:

Menses: Elsőéves korban Panaszmentes-e: igen - nemHány napig tart:

Sport:

Dohányzás, alkohol:

Megjegyzés:

Nyilatkozom, hogy a kötelező védőoltásokat nevezett tanuló megkapta: igen - nem

Nem kötelező védőoltások:.....

Utolsó tanévben a tanuló testnevelési csoportbeosztása:.....

Háziorvos neve: címe:

e-mail címe:.....

P.H.

.....
orvos

Eltitkolt betegsége nincs!

.....
szülő/gondviselő aláírása

.....
tanuló aláírása

Alulírott szülő/gondviselő hozzájárulok, hogy az ifjúság-egészségügyi szolgálat tájékoztatást adjon az iskolának gyermekem egészségi állapotáról: igen - nem

SZÜLŐI/GONDVISELŐI NYILATKOZAT A 18. ÉLETÉVÉT BE NEM TÖLTÖTT GYERMEK EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZEMÉLYES ADATAINAK KEZELÉSÉHEZ

Alulírott, mint(gyermek neve) nevű gyermek, aki született..... (gyermek születési dátuma) szülője/gondviselője nyilatkozom, hogy előzetes, teljes körű tájékoztatásomat követően önkéntes hozzájárulásomat adom gyermekem/gondozottam egészségügyi és személyes adatainak az iskola-egészségügyi ellátása során történő kezeléséhez.

Dátum:

.....
szülő/gondviselő aláírása

Az adatlapot kitöltve az iskolát ellátó ifjúsági védőnőnek a pályaalkalmassági vizsgálatkor személyesen átadni szíveskedjenek.

Háziorvossal is kérjük kitöltetni, aláírni! Ha van lelete, annak fénymásolatát is csatolja! Segítő együttműködését köszönjük! Ifjúság-egészségügyi szolgálat

Testtömege:..... Testmagassága:.....

Látása:..... Hallása:.....

Színlátása:..... Vérnyomása:.....

Választott szakma:
iskolaorvos aláírása