

Tisztelt Szülők!

Köszöntjük Önöket és gyermeküket az Iskola Egészségügyi Szolgálat nevében. Munkánk segítéséhez kérem, hogy válaszoljanak gyermekük egészségére vonatkozó néhány kérdésre. Erre azért van szükség, hogy gyermekük esetleges egészségügyi problémáira, betegségeire tanulmányai alatt jobban tudjunk figyelni, és kritikus helyzetben gyorsan tudjunk cselekedni.

Iskolaegészségügyi munkánk célja, a betegségek kialakulásának megelőzése, illetve a szűréseken panaszt még nem okozó elváltozások felfedezése a későbbi károsodások elkerülése.

Tanulóink védőnői vizsgálaton (súly, magasság, vérnyomás, látás-hallás, színlátás) orvosi vizsgálaton (torok, szív, tüdő, csontrendszer, egyéb) vesznek részt. A talált elváltozások miatt szakorvosi vizsgálatra is kapnak javaslatot. Kérem szorgalmazzák ezen vizsgálatok elvégzését és a kapott lelet visszajuttatását hozzánk.

Gyermek neve:..... Osztálya, szak:.....

Születési helye, ideje:.....

Anyja leánykori neve:.....

Anyja elérhetősége:.....

Apja neve:.....

Apja elérhetősége:.....

Lakcím:.....

TAJ: Probléma esetén értesítendő telefonszám:.....

Előző iskola, neve, címe:
.....

7. osztályos korban kapott Hepatitis B (Engerix) oltás első időpontja, oltóanyag száma:.....

7. osztályos korban kapott Hepatitis B (Engerix) oltás második időpontja, oltóanyag száma:.....

Gyermekorvosuk neve, rendelő címe:

Van-e gyermekének szemüvege?

Van-e gyermekének valamilyen krónikus betegsége? Mi az? Hol kezelik? (pl.: asztma, epilepszia, stb.)
.....

Van-e valamilyen allergiája? (gyógyszer, étel, virágpor, házpor, stb.).....

Kell-e rendszeresen gyógyszert szednie? Ha igen, miből mennyit?

Ortopédiai gondozás alatt áll-e? Miért?.....

Műtétek, törések, kórház:

A krónikus betegségekről, ill. a szemészeti/ortopédiai gondozásról az utolsó lelet fénymásolatát kérem, küldjék be!

Szokásos lázcsillapító gyógyszere:.....

Egészségi állapot szempontjából fontos egyéb tudnivaló:

Gyermekre vonatkozó szülői nyilatkozat

| Elváltozások megnevezése, amely kizáró ok lehet, szakorvosi vélemény szükséges: | Van/Igen | Nincs/Nem |
|--|----------|-----------|
| - arc, és kéz torzító elváltozásai | | |
| - mindkét fül halláscsökkenése a beszédértés zavarával | | |
| - gyenge fejlettség és izomerő | | |
| - szívbetegség – kardiológiai vélemény szükséges | | |
| - Krónikus légzőszervi megbetegedés | | |
| - epilepszia – neurológiai vélemény szükséges | | |
| - súlyos ortopédiai elváltozás – ortopédiai vélemény szükséges | | |
| - súlyos látáscsökkenés (+/- 6 dioptria felett) | | |
| - szintévesztés | | |
| - Beszédhiba | | |

| | | |
|---|--|--|
| - Nevelési Tanácsadó vizsgálta - ADHD, BTM, SNI, stb. | | |
| Gyermeke valamilyen egyéb betegség miatt áll-e gondozás alatt? Pl.: szemüveges, vesebetegség, asztma, allergia, magas vérnyomás, bőrbetegség, depresszió, emésztőrendszeri betegség, stb. Amennyiben igen: zárójelentést, legutóbbi szakorvosi lelet másolatát kérjük! | | |
| Rendszeresen szed-e gyógyszert? (ha igen, mit?) | | |
| Testnevelés alól volt-e felmentése? (jár-e gyógytornára, gyógyúzásra?) | | |

Családi anamnézis (x-el jelölje)

| Betegség | Anya/családja | Apa/családja | Testvérek |
|--|---------------|--------------|-----------|
| Szív-, és érrendszeri betegségek | | | |
| Légzőszervi betegségek | | | |
| Emésztőszervi betegségek | | | |
| Vese és húgyúti betegségek | | | |
| Cukorbetegség | | | |
| Elhízás | | | |
| Pszichológiai betegségek | | | |
| Fejlődési rendellenessége, öröklődő betegség | | | |
| Daganat | | | |
| Csökkentlátás/vakság | | | |
| Nagyothallás/süketség | | | |
| Egyéb | | | |

A júniusi orvosi alkalmassági vizsgálatra kérjük az alábbiakat:

Az oltási kiskönyv fénymásolatát és az oltási könyvet is szíveskedjenek az iskolába behozni, a kötelező oltások ellenőrzése után visszaadjuk.

A 18/1998. (VI.3.) NM rendelet 5. § (8) bekezdése szerint az iskolaorvosnak kötelező az életkor szerint esedékessé vált oltások megtörténtét ellenőrizni. Gyermeke oltásainak meglétét a következő dokumentációkkal tudja igazolni: *Gyermek egészségügyi könyvében lévő oltási kiskönyv* (védőoltások adatlapja) vagy a *Védőoltási könyv 14 év feletti személy részére*. Amennyiben nem találja az oltási könyvet, vagy elveszett, akkor a gyermek területi védőnőjétől lehet újat igényelni, és abban az eddigi oltásait igazolni. Az általános iskolában kapott oltásokat (MMR, dTap, Hepatitis B elleni védőoltásokat) pedig az általános iskolában lévő iskolavédőnő tudja igazolni.

A 8. osztályban történt orvosi státuszvizsgálati lap fénymásolatát kérjük mellékelni!

A 15/2013 (II.26.) EMMI rendelet 4. melléklete.

Együttműködésüket köszönjük: Dr. Buzna Andrea, Iskolaorvos és Szilágyi Zsófia, Iskolavédőnő

NYILATKOZATOK

Nyilatkozom, hogy gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs.

Dátum: Budapest, 202.....

.....
szülő aláírása

Tudomásul veszem, hogy gyermekem a tanulmányai alatt, orvosi vizsgálaton, szűrői vizsgálaton vesz részt. Beleegyezem gyermekem elsősegély jellegű gyógyszerelésébe (pl: lázcsillapítás) és baleseti ellátásába.

Ezúton nyilatkozom, hogy a IV. ker. Újpesti Egészségügyi Nonprofit Kft. mint adatkezelő szervezet Iskolaegészségügyi szolgálata által kezelt – szülői értesítők, oltási könyv, leletek, iskolaorvosi és védőnői szűrésről szóló értesítő – adatainak átvétele és megküldése gyermekem kézbesítésével történjen.

Dátum: Budapest, 202.....

.....
szülő aláírása

Együttműködésüket köszönjük! Az Iskolaegészségügyi Szolgálat