**Kedves Szülő!**

Gyermeke iskola-egészségügyi ellátásához kérem, hogy ezt a kérdőívet szíveskedjék pontosan és olvashatóan kitölteni, majd az iskolába visszajuttatni! /Az adatvédelemnek megfelelően vagy külön zárt borítékban, vagy összehajtva a szélén összetűzve is megfelel, részemre feliratozva a titkárságon leadni./

**A tanuló neve**:…………………………………………………………………………………………………………Osztály: 1/……………………

Lakcíme:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

TAJ száma:…………………………………………… **A gyermek háziorvosának neve** :……………………………………………………

Születési hely:……………………………………………………………….., Születési idő:……………………………………………………….

Anyja neve:………………………………………………………………………,Telefonszáma…………………………………………………….

E-mail címe:………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Apja neve:…………………………………………………………………………Telefonszáma:…………………………………………………….

E-mail címe:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Veleszületett betegsége van-e? (pl. szívbetegség, vesebetegség, anyagcserebetegség, stb.)

 IGEN NEM

Ha igen, mi az?....................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kórházban volt-e, hol, mikor, milyen probléma miatt?......................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Gondozott betegsége van-e? (pl.epilepszia, szívbetegség, cukorbetegség, vesebetegség, asztma, gerincferdülés, stb.) IGEN NEM

Ha igen, mi az?....................................................................................................................................................

A tanuló átesett-e az alábbi betegségeken, szövődménye volt-e?

Bárányhimlő: IGEN NEM Ha igen, mikor, szövődmény?........................................................................

Rózsahimlő: IGEN NEM Ha igen, mikor, szövődmény?........................................................................

Reumás izületi gyulladás: IGEN NEM Ha igen, mikor, szövődmény?.....................................................

Kanyaró: IGEN NEM Ha igen, mikor, szövődmény?...........................................................................

Skarlát: IGEN NEM Ha igen, mikor, szövődmény?............................................................................

Allergiás betegsége van-e? IGEN NEM

Ha igen, mire?.....................................................................................................................................................

Gyógyszert szed-e, ha igen mit?.........................................................................................................................

Gyógyszerérzékenysége van-e? Ha igen, mire?..................................................................................................

Volt-e nagyobb balesete a tanulónak (pl.törés, sérülés)? IGEN NEM

Ha igen, mi?.......................................................................................Mikor?......................................................

Szemüveget hord-e?.............................................................Hány dioptriás?.....................................................

Színtévesztő-e? …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Az iskolában gyógytestnevelésre van lehetőség. Mivel az első osztályban nincs előírt iskolai szűrővizsgálat, kérem nyilatkozzon arról, hogy az **első osztályban kéri-e gyermeke számára a gyógytestnevelést**:

 KÉREM NEM KÉREM

Ha igen, milyen problémával (pl. lúdtalp, gerincferdülés, bokasüllyedés)?........................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Van-e szakorvosi lelet? IGEN NEM

Ha igen, kérnénk bemutatni majd szeptemberben az első szülői értekezleten.

Amennyiben kérik a gyógytestnevelést, annak időpontját az iskolai gyógytestnevelővel kell egyeztetni.

**Az iskola-egészségügyi dokumentáció része az 5 éves kori státuszvizsgálati lap.**

Védőnői 5 éves státuszvizsgálaton voltak-e? IGEN NEM

Orvosi 5 éves státuszvizsgálaton voltak-e? IGEN NEM

Az ott kapott iratokat megőrizte-e? IGEN NEM

Védőnő neve: ……………………………………………………………….

A család egészségére vonatkozó aktuális adatok:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Betegség | Anya/családja | Apa/családja | Testvér(ek) |
| Szív-érrendszeri betegségek(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 |  |  |  |

Védőnő elérhetősége:

Pap Viktória

iskolavedono3@eugondszekszard.hu

fogadóóra az iskolában: szerda 13:00-15:00 és csütörtök: 8:00-10:00

**Segítő együttműködésüket köszönöm!**

**Tisztelettel: Pap Viktória**

**iskolai védőnő**

Kelt: ………………………………………

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

 Szülő aláírása