

## TISZTELT SZÜLŐK!

Az alábbi kérdőív kitöltésével az iskola egészségügyi munkához<sup>1</sup> kérjük segítségüket! Gyermekük rendszeresen részt vesz majd kötelező védőnői és iskolaorvosi szűrővizsgálatokon<sup>2</sup>; 2., 4., 6. és 8. osztályban. Első osztályosoknál az iskolai testnevelési kategóriák megítéléséhez történik gerinc- és mozgásszervi vizsgálat. Továbbá az iskolaorvos adja be a védőnők segítségével a kötelező és választható védőoltásokat. Az érvényes magyar oltási endben a 6. osztályos és 7. osztályos tanulók kapnak kötelező oltásokat, valamint a hetedik osztályos tanulók esetében van térítésmentesen kérhető, választható oltás. Az oltásokról az iskolák segítségével külön is tájékoztatjuk az érintetteket. Gyermekük iskolai jogviszonya alatt felvilágosító előadásokon és tisztasági vizsgálatokon is részt vesz.

**A kért információk fontos segítséget nyújtanak munkánkhoz!**

Kérjük, töltsék ki a kérdőívet, indokolt esetben csatolva a megfelelő egészségügyi dokumentáció másolatát is<sup>3</sup>!

**Köszönjük szépen együttműködésüket!**

Sárospatak Város Rendelőintézete, Iskola Egészségügyi Szolgálat

Tanuló neve	
Iskola és osztály	
Születési helye, ideje	
TAJ száma	
Anyja neve és telefonszáma	
Apja neve és telefonszáma	
Lakcíme	
Házi gyermekorvosának vagy Háziorvosának neve, elérhetősége	
Iskolaváltás esetén az előző iskola neve és címe	

*Az alábbi kérdések mindegyike gyermekére vonatkozik!*

**Van-e krónikus, kezelést vagy gondozást igénylő betegsége vagy állapota?**

**Kérjük, ha válasza igen, a megfelelő helyen jelezze azt is, hogy az adott betegség/állapot mikortól ismert,**

**gondozzák-e, hol, ki a gondozó orvos és/ vagy szakrendelés, szed-e és milyen gyógyszer(ek)e)t emiatt a gyermek!**

Cukorbetegség: Nem Igen, mikortól (év).....

Asztma: Nem Igen, mikortól (év).....

Szívzörej: Nem Igen, mikortól (év).....

Szívbetegség: Nem Igen, mikortól (év).....

Magas vérnyomás: Nem Igen, mikortól (év).....

Vesebetegség: Nem Igen, mikortól (év).....

Epilepszia: Nem Igen, mikortól (év).....

Egyéb betegség/állapot Nem Igen, éspedig, mikortól (év).....

**Rendszeres gondozás alatt áll –e?**

Nem Igen, a gondozó szakrendelés és/ vagy orvos elérhetősége (hely, telefonszám):

Gondozás/ellenőrzés gyakorisága:.....

**Rendszeresen szed –e emiatt gyógyszert/ gyógyszereket?**

Nem Igen, a szedett gyógyszer(ek) neve, dózisa:

**Gyógytestnevelés, egyéb gerinc- vagy mozgásszervi kezelés**

Gyógytestnevelésre jár –e? Nem Igen, mióta?....., hova?.....

Gyógyúzásra jár-e? Nem Igen, mióta?....., hova?.....

Gyógytornára jár-e? Nem Igen, mióta?....., hova?.....

Schroth tornára jár-e? Nem Igen, mióta?....., hova?.....

<sup>1</sup> Az iskola egészségügyi munkáról Sárospatak Város Rendelőintézete honlapján találnak további információkat, az Alapellátás résznl;

<https://www.spvri.hu/index.php/szakrendelesek/iskolaorvos/altalanos-iskolak>

<sup>2</sup> Az 1997. évi CLV. az egészségügyről szóló törvény 81.§ -a kimondja, hogy a tanköteles korú gyermekek jogszabályban meghatározott esetben való szűrése kötelező.

<sup>3</sup> Kérjük, informatív egészségügyi dokumentáció (zárójelentés/ ambuláns lap/lelet) másolatot mellékeljen!

**Allergia, érzékenység, allergiás betegség**

Allergiás betegség: Nem Igen, éspedig:.....  
 Gyógyszerérzékenység: Nem Igen, éspedig:.....  
 Egyébre érzékenység: Nem Igen, éspedig:.....

**Halláscsökkenés fennáll-e?**

Nem Igen, mióta....., melyik oldalon:..... hallókészülék Nem Igen, erőssége: jobb:.....bal:.....

**Szemüvege/kontaklencséje van-e?**

Nem Igen, mióta.....erőssége: jobb:.....bal:.....

**Színtévesztő-e?**

Nem Igen, milyen színe(ek)re:.....

**Balesetek; Volt-e?**

Törés: Nem Igen, éspedig:.....mikor:.....  
 Agyrázkódás: Nem Igen, éspedig:.....mikor:.....  
 Egyéb: Nem Igen, éspedig:.....mikor:.....

**Műtete volt-e?**

Mandula eltávolítás: Nem Igen, mikor:.....  
 Sérvtűt: Nem Igen, mikor:.....  
 Vakbélműtét: Nem Igen, mikor:.....  
 Egyéb műtét Nem Igen, éspedig:.....mikor:.....

**Kórházban kezelték-e?** Nem Igen, diagnózis:.....mikor:.....

**Gyermekkorában volt-e?**

Bárányhimlő: Nem Igen  
 Tüszős mandulagyulladás: Nem Igen.  
 Egyéb fertőző betegség: Nem Igen, éspedig:.....

**Volt –e valaha?**

Lázgörcs: Nem Igen  
 Eszméletvesztéses roszullét: Nem Igen, mikor: .....kivizsgálás: Nem Igen, diagnózis:.....  
 Epilepsziás görcs: Nem Igen, mikor:.....kivizsgálás: Nem Igen, diagnózis:.....  
 Oltással kapcsolatos esemény: Nem Igen, mikor:.....kivizsgálás: Nem Igen, diagnózis:.....

**Egyéb betegség vagy egészségügyi információ, amit szülőként fontosnak tart jelezni:****Sportol-e?**

Nem  
Igen, mit, mióta:.....gyakoriság:.....

**Versenysportoló-e**

Nem  
Igen, milyen sportágban, mióta:.....sportorvosi engedélye Van : Nincs

*Az alábbi táblázatnál kérjük, hogy gyermeke **vér szerinti** rokonait figyelembe véve válaszoljon!*

**Családban előforduló betegségek. (A megfelelő helyre X – et tegyenek.)**

	Szív - érrendszeri betegségek	Allergia, asztma	Gyomor – bélrendszeri betegség	Vese- és húgyúti betegség	Cukor- betegség	Elhízás	Idegrendszeri/ elmebetegség	Fejlődési rendellenesség	Daganatos betegség	Csökkentlítés/ vakság	Nagyothallás/ sükettség	Egyéb
Apa/családja												
Anyja/családja												
Testvér												

**Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.**

Kelt:.....év.....hó.....nap.....

.....  
 szülő aláírása