**EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV**

(Kérjük, figyelmesen olvassák el az alábbiakat, olvashatóan töltsék ki, és írják alá mindkét nyilatkozatot!)
**A kitöltött kérdőívet hozzák magukkal a beiratkozásra az oltási könyvvel együtt!**

**Tisztelt Szülő!**

Gyermeke iskola-egészségügyi ellátásához az alábbi információkra van szükségünk. Kérjük, válaszoljon a következő kérdésekre**!**

**A meglévő orvosi leletek fénymásolatát csatolják a kérdőívhez!** Adataikat az 1997. évi XLVII. **törvénynek** megfelelően kezeljük, tároljuk.

|  |
| --- |
| **A tanuló neve: TAJ száma** |
| Születési hely: idő:  |
| Lakcím: |
| Anyja leánykori neve: Tel. / E-mail: |
| Apja/ gondviselő neve: Tel. / E-mail: |
| **Háziorvos neve**: **Címe:** Tel./E-mail: |
| **Az előző iskola neve, címe:** |

**A gyermek egészségi állapotára vonatkozó adatok.**

*Kérjük a megfelelőt beírni, megjelölni, pontosan megnevezni!* ***Ha nincs, kérem NEM-mel válaszoljon!***

**Korábbi vagy jelenleg is fennálló, betegségek** *(a gondozási leletek másolatát kérjük csatolni!):*

*szívbetegség – magas vérnyomás – tüdő-, vese-, húgyutak betegségei, cukorbetegség, - pajzsmirigy, vagy más hormonális eredetű betegség – kóros elhízás – emésztőrendszeri betegségek – táplálkozási problémák – epilepszia – egyéb idegrendszeri betegség – fejlődési rendellenesség – daganatos betegség – mozgásszervi betegségek (gerinc – csigolyák – kéz – láb – stb. elváltozásai)*

*egyéb betegségek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Baleseti sérülés:** *(szakellátást igénylő törés – égés – forrázás – agyrázkódás – kutyaharapás – vágási sérülés)*

*egyéb:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*A fent felsoroltak közül:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gondozás kezdete:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_gondozás vége:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gondozás kezdete:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gondozás vége:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Műtétek megnevezése:** *szív – fejlődési rendellenesség – mandula – orr – garat – vakbél – sérv – szem – fül – vese – tüdő – agy – daganat – mozgásszervi – egyéb:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_időpontja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_időpontja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rendszeresen szedett gyógyszerek:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Gyógyszerallergia** *(kérjük megnevezni):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Egyéb allergiák**: *étel – növény – állati szőr – vegyszer – rovarcsípés – egyéb:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Különleges táplálkozási igény**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *IGEN / NEM* (ha igen: )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fertőző betegségek**: *bárányhimlő – rubeola (rózsahimlő) – skarlát – mumpsz – májgyulladás – agyvelő- vagy agyhártyagyulladás*

*egyéb: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Érzékszervi problémák** *(ha van, a leletet kérjük csatolni):*

 *látásprobléma:* *NINCS / VAN szemüveg adatai, dioptriaszám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *hallásprobléma: NINCS / VAN hallókészülék: NEM SZÜKSÉGES – NINCS – VAN*

**Sajátos nevelési igényű gyermek (SNI)**: *NEM – IGEN, oka:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Érzelmi, magatartási probléma (BTM):**  *nincs – hiperaktivitás – figyelemzavar – depresszió – szorongás – beilleszkedési, magatartási probléma – írás,* olvasási nehézség – autizmus – Asperger – egyéb: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Egyéb közölnivaló:** *testnevelési felmentések – eszméletvesztéssel járó rosszullétek – szédülés – szociális háttér – kérések –*

 *egyéb: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**A család egészségi állapotára vonatkozó egészségügyi adatok. Ha nincs elváltozás, legyen szíves NEM-mel válaszolni!**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Betegség** | **Apa/családja** | **Anya/családja** | **Testvérek** | **Nagyszülők** | **Közeli rokon** |
| *Szív érrendszeri(magas vérnyomás, infarktus,* |  |  |  |  |  |
| *Allergia, asztma* |  |  |  |  |  |
| *Krónikus gyomor- bélrendszeri betegség* |  |  |  |  |  |
| *Cukorbetegség* |  |  |  |  |  |
| *Elhízás* |  |  |  |  |  |
| *Idegrendszeri , pszichés betegség* |  |  |  |  |  |
| *Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség* |  |  |  |  |  |
| *Daganatos betegség* |  |  |  |  |  |
| *Csökkent látás / vakság* |  |  |  |  |  |
| *Nagyothallás / süketség* |  |  |  |  |  |
| *Krónikus vese- húgyúti betegség* |  |  |  |  |  |

**Megkapott kötelező védőoltások:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oltás neve** | **Oltás ideje** | **Oltóanyag gyártási száma** |
| BCG (0-6 hét) |  |  |
| DTPa + IPV + Hib (Infanrix) (2 hónap) |  |  |
| DTPa + IPV + Hib (Infanrix) (3 hónap) |  |  |
| DTPa + IPV + Hib (Infanrix) (4 hónap) |  |  |
| MMR ( 15 hónap)  |  |  |
| DTPa + IPV + Hib (Infanrix) (18 hónap) |  |  |
| DTPa + IPV (Tetraxim) ( 6 év ) |  |  |
| MMR revakcináció ( 11 év ) |  |  |
| dTap emlékeztető ( 11 év ) |  |  |
| Hepatitis B I ( 13 év ) |  |  |
| Hepatitis B II ( 13 év ) |  |  |

**FONTOS TUDNIVALÓK, KÉREM, FIGYELMESEN OLVASSÁK EL!**

Felhívjuk a szülők figyelmét, amíg gyermekük ebbe a tanintézménybe jár jelezni kötelesek az iskola orvosának, ha a gyermek egészségügyi állapotában bármikor változás állna be *(pl. mozgásszervi, idegrendszeri, epilepszia, szív, tüdő, allergiás panaszok, vese-, emésztőrendszeri betegség, cukorbetegség, daganat, vagy bármilyen műtét, kórházi kezelés vagy baleseti sérülés történt)*

**SZÜLŐI NYILATKOZAT:**

*Kérjük a megfelelőt aláhúzni!*  **HOZZÁJÁRULOK** / **NEM JÁRULOK HOZZÁ**

hogy az olyan egészségügyi elváltozást, melynek következtében a gyermekem egészsége vagy élete veszélynek van kitéve (a legszükségesebb tényeket) az osztályfőnökével, testnevelő tanárával az iskolaorvos közölje

**Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs.**

 Dátum:……………………………………. ........................................................

 szülő aláírása

**TÁJÉKOZTATÓ SZÜLŐKNEK**

**51/1997. (XII. 18.) NM rendelet**

a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi

szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról

1. § E rendelet célja, hogy meghatározza az egyes életkorokban a biztosítottak által térítésmentesen igénybe vehető, az életkori sajátosságokhoz igazodó betegségek megelőzését és korai felismerését célzó szűrővizsgálatokat, továbbá a szűrővizsgálatokat végző egészségügyi szolgáltatókat és az igénybevételükkel kapcsolatos eljárás rendjét.

***A szűrővizsgálaton való részvétel nyilvántartása és igazolása***

8. § (1) Az 1-3. számú mellékletben foglalt vizsgálatok elvégzését az egészségügyi szolgáltató a - külön jogszabály szerinti - nyilvántartásában dokumentálja, és az érintett személy (törvényes képviselője) részére a vizsgálat eredményéről leletet ad. Az 1. számú melléklet szerinti vizsgálatok eredményét az Egészségügyi Könyvben is rögzíteni kell. A családi anamnézis, a teljes körű fizikális vizsgálat eredményei alapján, amennyiben a szakorvos indokoltnak tartja, célzottvizsgálatok végzése szükséges.

***6-18 év között kétévente:***

a) teljes fizikális vizsgálat,

b) a kórelőzmény és családi anamnézis ismételt felvétele,

c) az anamnézis alapján veszélyeztetett gyerekek kiszűrése, szükség esetén szakorvosi vizsgálatra irányítása,

d) pajzsmirigy tapintásos vizsgálata 11 éves életkortól,

e) a testmagasság, testtömeg, a testi fejlettség és tápláltsági állapot hazai standardok szerinti értékelése, a nemi fejlődés értékelése,

f) pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés, magatartásproblémák feltárása,

g) érzékszervek működésének vizsgálata a szakmai irányelveknek megfelelően, a színlátás vizsgálata,

h) mozgásszervek vizsgálata: különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc-rendellenességekre (tartáshiba, scoliosis, Scheuermann),

i) vérnyomásmérés,

j) fogászati szűrés és gondozás.

A tanuló a vizsgálatok alkalmával az észlelt elváltozásokról és a további teendőkről tájékoztatást kap.

**16 éves korban (a szeptember 1-je és a következő év augusztus 31-e között 16. életévüket betöltők)**

a) teljes fizikális vizsgálat,

b) a kórelőzmény és családi anamnézis ismételt felvétele, az anamnézis alapján veszélyeztetett gyerekek kiszűrése, szükség esetén szakorvosi vizsgálatra irányítása,

c) a tápláltsági állapot, a szív- és érrendszeri állapotfelmérés,

d) testmagasság, testtömeg mérése, a testi fejlettség és tápláltsági állapot hazai standardok szerinti értékelése,

e) pszichés, motoros, mentális szociális fejlődés és magatartásproblémák feltárása,

f) érzékszervek működésének vizsgálata (látás, kancsalság, hallás),

g) mozgásszervek vizsgálata, különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc-rendellenességekre (tartáshiba, scoliosis),

h) vérnyomásmérés.

**A technikumban, illetve szakképző intézménybe jelentkező tanulóknál a szakmai alkalmasság vizsgálatát és véleményezését első fokon a fogadó tanintézmény iskolaorvosa végzi. A vizsgálatokon a részvétel minden tanulónak kötelező!**

**Egyéb tudnivalók:**

Torna alóli felmentést – testnevelés besorolást csak az iskolaorvos adhat ortopédiai vagy egyéb szakorvos javaslatára!

Az iskolaorvosi rendelőben betegrendelés nincs, ez a háziorvos feladata. Az előírt teendőink mellett csak az aznap jelentkező sürgősségi – akut eseteket tudjuk ellátni. A járványok elkerülése és állapotrosszabbodás miatt, ne küldjék gyermeküket betegen az iskolába! Ha gyermekének állandóan gyógyszert kell szednie, azt feltétlenül mindig hozza magával, és azt mások számára nem hozzáférhető helyen tárolja!

**A fentieket tudomásul vettem**: ………………………………………………………….

 szülő aláírása

**A gyermekkel kapcsolatos problémák megoldásában készséggel rendelkezésükre állunk: Dr. Török Ildikó iskolaorvos;**

**Lakatos Judit iskolavédőnő Elérhetőség: Tel: +36/20-244-1152 E-mail: judit.lakatos@citromail.hu**