

Kórelőzmény felmérése az iskola-egészségügyi vizsgálatához

Gyermek neve:.....

Születési ideje és helye:.....

Gyermek TAJ száma:.....

Anya lánykori/születési neve:.....

Apa neve:.....

Gondviselő neve:.....

Állandó lakcím:.....

Ideiglenes lakcím/értesítési cím:.....

*Gyermekkorában lezajlott fertőző		Nem fertőző betegségei:	
betegségei:			
bárányhimlő	igen/nem	epilepszia	igen/nem
rózsahimlő	igen/nem	cukorbetegség	igen/nem
mumpsz	igen/nem	asthma	igen/nem
skarlát	igen/nem	allergia	igen/nem
hepatitis	igen/nem	szívbetegség	igen/nem
egyéb.....		vesebetegség	igen/nem
		bőrbetegség	igen/nem
		egyéb.....	

*Rendszeres orvosi gondozás/kezelés alatt áll? igen/nem

Ha igen, miért és hol?.....

Kérjük, az utolsó leletet hozza magával a pályaalkalmassági vizsgálatra.

*Volt-e műtétje: igen/nem

Ha igen mikor és milyen műtét volt? (év).....

*Volt-e balesete/ csonttörése? igen/nem

Ha igen mikor? (év).....

Melyik testrésze sérült?.....

*Szemüveget/kontaktlencsét visel? igen/nem

*Hallókészüléket visel? igen/nem

Ha igen, a szemüveget/kontaktlencsét vagy hallókészüléket a vizsgálatra feltétlenül hozza magával!

*Gyógyszer és egyéb allergiáról van-e tudomása? igen/nem

Mire allergiás?.....

*Állandó gyógyszert/gyógyszerkészítményt szed? igen/nem

Ha igen, milyen gyógyszert szed?

*Védőoltások: megkapta/nem kapott
(*a megfelelő válasz aláhúzendő, védőoltási könyv másolatát kérjük csatolni)

Egyéb közlendői a gyermekkel kapcsolatban:.....

Gyermeke háziorvosának neve, telefonszáma:.....

Szülő telefonszáma/közvetlen elérhetősége.....

Az adatok a valóságnak megfelelnek.

Székesfehérvár, 2025. hónap

.....
házi gyermekorvos/háziorvos aláírása,
pecsétje
(amennyiben az ő segítségével került kitöltésre)

Záradék: az adatokat az „1997.évi XLVII. Az egészségügyi adatok és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvény” előírásai alapján bizalmasan kezeljük.

Segítségét előre is köszönjük: Ifjúság-orvosi Szolgálat orvosai

KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:

Kérjük nyomtatott nagybetűkkel, olvashatóan kitölteni.

Minden kérdésre kérünk választ adni.

Az „igen/nem” választ igénylő kérdéseknél kérjük a választ aláhúzással vagy bekarikázással jelölni, egyéb kérdéseknél rövid, értelemszerű választ kérünk. (például: vakbélműtétje volt, 2021-ben)

Szülő elérhetőségénél mindenképpen kérjük olyan telefonszám feltüntetését, amelyen érintett szülő napközben elérhető.

Az adatlap kitölthető szülőként/gondviselőként önállóan, vagy a háziorvos/házi gyermekorvos segítségével. Utóbbi esetben kérjük aláírásával és pecsétjével igazolja ezt.

Mindkét esetben a szülőnek is alá kell írnia az adatlapot!

A gyermek egészségi állapotával, vagy a választott szakmával kapcsolatban felmerülő kérdések miatt kérjük, kísérje el gyermekét a vizsgálatra! Ha ez nem áll módjában, akkor mindenképpen jól olvashatóan tüntesse fel telefonszámát, hogy fel tudjuk venni Önnel a kapcsolatot az alkalmassági megállapítása érdekében.