

Ha igen mikor?

(év).....

***Volt-e balesete? igen/nem**

Ha igen mikor?

(év).....

***Szemüveget/kontaktlencsét visel? igen/nem**

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

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

***Állandó gyógyszert szed? igen/nem**

Ha igen, milyent szed?

.....

***Védőoltások: megkapta/nem kapott**

***a megfelelő válasz aláhúzendó**

Egyéb közlendői:

.....

Az adatok a valóságnak megfelelnek.

Székesfehérvár, 2023. hónap

.....
**házi gyermekorvos/háziorvos aláírása,
pecsétje**

.....
**szülő aláírása
és telefonszáma:**

.....
(amennyiben az ő segítségével került kitöltésre)

A gyermek egészségi állapotával, vagy a választott szakmával kapcsolatosan felmerülő kérések 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.

Záradék: az adatoka z „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