

EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV

Kérem, hogy egészségügyi szakmai alkalmassági vizsgálatra jelenjen meg (csak szülővel)!
Az egészségügyi előzmények ismerete a tanuló érdekeit védi!

Kérjük, hogy a vizsgálatra feltétlenül hozza magával:

- TB kártya
- Iskolai egészségügyi törzslap (az általános iskolából)
- Zárójelentések (ha vannak)
- Kérdőív (kitöltve)
- Oltási könyv

Gyermeke egészségi állapotának pontos ismerete céljából tisztelettel kérjük a kérdőív kitöltését.

SZEMÉLYI ADATOK

A tanuló neve: Osztálya:

Születési helye, ideje: Születési súlya:

Lakcíme (irányítószámmal):

A tanuló TAJ-száma:

Apja neve: elérhetősége:

Anyja neve: elérhetősége:

A tanuló egészségi állapotára vonatkozó adatok: (Kérjük a megfelelő válasz aláhúzását, a pontozott részek kitöltését!)

Koraszülött volt nem volt koraszülött

Normális szülés volt-e? igen nem

Kiállott fertőző betegségek (bárányhimlő, rubeola stb.):

Kiállott nem fertőző betegségek (reumás láz, egyéb):

Baleset:

Törés:

Agyrázkódás

Műtétek:

Háziorvosának neve és címe:

telefonszáma:

Krónikus betegségei (cukorbetegség, asztma, vesebetegség, szívbetegség, epilepszia, idegrendszeri betegségek)

A krónikus betegséget kezelő orvos neve, munkahelye:

A krónikus betegség miatt szedett gyógyszer(ek) neve:

Feküdt-e kórházban? Ha igen, miért, mikor, hol? (A zárójelentés fénymásolatát kérjük!)

EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV

Van-e allergiája? Ha igen, mire?

Van-e gyógyszerérzékenysége? Melyik gyógyszerre?

Testvéreinek száma, születési ideje:

Betegség	Anya / családja	Apa / családja	Testvér(ek)
Szív- érrendszeri betegség (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 / sükettség			
Egyéb			

A családban (nagyszülőkig visszamenőleg) 50 éves kor előtt előfordult-e agyvérzés, szívinfarktus, thrombosis?

igen
nem

A megkapott védőoltások ideje:

BCG: Di-Per-Te Di-Te:.....

Di-Per-Te II. Di-Per-Te III. Kanyaró (morbilli)

Polio: Hepatitis „B” egyéb:.....

Szemüveget visel-e, ha igen, hány dioptriát?

Mit sportol szabadidejében?

Volt-e gyógytornás? igen nem

Volt-e testnevelési óra alól felmentve? igen nem

Gyermekeknek más vagy eltírt betegségük nincs.

A fentiek a valóságnak megfelelnek.

Budapest,

szülő aláírása