

Egészségügyi nyilatkozat

Tanuló neve:

Születési helye, ideje:

TAJ száma:

Anyja születési neve:

Szülő telefonos elérhetősége:.....

Lakcíme:

Előző iskola neve (település megnevezésével):

Háziorvos neve:.....

Családban előforduló betegségek. (A megfelelő helyre tegyen x-et.)

	Szív- érrendszeri betegség	Allergia, aszthma	Gyomor- bélrendszeri	Vese- és húgyúti	Cukorbeta gség	Elhízás	Idegrendsz eri/	Fejődési rendellene	Daganat	Csökkentítés / vakság	Nagyothallás/ sükettség	Egyéb
Apa/családja												
Anyja/családja												
Testvér												

Fenn áll(t)- e valamilyen betegség, tünet a gyermeknél?

Gyógyszerérzékenység: Nem Igen, éspedig:

Allergiás betegség: Nem Igen, éspedig:

ÉTEL ALLERGIA: Nem Igen, éspedig:

Van-e valamilyen tartósan fennálló betegsége?

Szívbetegség: Nem Igen

Magas vérnyomás: Nem Igen

Asthma: Nem Igen

Vesebetegség: Nem Igen

Cukorbetegség: Nem Igen

Mozgásszervi: Nem Igen

Egyéb: Nem Igen, éspedig:

Halláscsökkenés fennáll-e?: Nem Igen

Szemüvege van-e?: Nem Igen , Dioptria.....

Színtévesztő?: Nem Igen

Gyermekekorában volt-e valamilyen alább felsorolt fertőző betegsége?

Bárányhimlő: Nem Igen

Egyéb: Nem Igen, éspedig:

Balesete volt-e?

Törés: Nem Igen, éspedig:

Agyrázkódás: Nem Igen

Egyéb: Nem Igen, éspedig:

Műtétje volt-e?

Mandula/orrmandula eltávolítás: Nem Igen

Sérv műtét: Nem Igen

Vakbélműtét: Nem Igen

Egyéb: Nem Igen, éspedig:

Rendszeresen szed-e gyógyszert? Nem Igen, éspedig:

Gyógytestnevelésre jár-e? Nem Igen

Volt-e valaha?

Lázgörcs: Nem Igen

Eszméletvesztéses rosszullét: Nem Igen

Epilepszia: Nem Igen

Amennyiben a gyermekem az orvosi szobába, láz vagy fájdalom csillapítás érdekében

jelenik meg, engedélyezem gyermekem gyógyszerrel való ellátását?

igen

nem

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

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

Tudomásul vettem gyermekem iskolai jogviszonya alatt, az 51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben előírt vizsgálatok elvégzését.

A fejtetvesség megelőzéséről, a szűrővizsgálatokról, a kezelés módjáról, a kiszűrt esetekkel kapcsolatos eljárás rendjéről a tájékoztatást megkaptam.

Alulírott szülő/gondviselő az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 5.§ (1. bekezdés a) pontja alapján hozzájárulok, hogy gyermekem személyes adatait a Fráter György Katolikus Gimnázium és Kollégium– iskolaegészségügyi feladatainak ellátása érdekében – kezelje és feldolgozza

Miskolc, 2025.....

szülő/gondviselő aláírása

Kérem, hogy amennyiben gyermeke gondozás alatt áll valamilyen betegség, elváltozás miatt (pl. ortopédia, kardiológia, endokrinológia stb.), erről a dokumentációk másolatát szíveskedjen az iskolavédőnőnek eljuttatni!

Köszönettel:

Ramada Tímea
védőnő