

Az iskolaorvosi vizsgálatok során szeretnénk minél több, a gyermekük egészségi állapotát érintő információt megtudni. Az eredményesebb munka érdekében kérjük, hogy töltsék ki gyermekükre vonatkozóan az alábbi kérdőívet, ezzel segítve a megfelelő ellátást.

Kérem az oltási könyv fénymásolatát az oltásokról elküldeni postai úton, vagy e-mail címünkre, vagy bemutatni az iskolában.

Köszönettel: **Payer Kinga Dóra**
Ifjúsági védőnő

A tanuló neve.....osztály:.....

Születési hely.....szül. idő:.....év.....hónap.....nap

Apja/gondviselő neve:.....

Elérhetősége: Tel.:..... E-mail:

Anyja leánykori neve:.....

Elérhetősége: Tel.:..... E-mail:

Lakcím:.....

Előző iskola neve:.....

Előző iskola címe:.....

TAJ szám:.....

Háziorvosának neve:.....elérhetősége:.....

1. Testvérei:

Név (szül. év):.....

Testvérei egészségesek-e (ha nem, milyen krónikus betegségük van)?

- Igen - Nem (betegség megnevezése).....

2. Gyermek születése körül volt- e valamilyen probléma, ha igen, mi volt az?

- igen,nem

3. Gyermek fejlődésében volt- e valamilyen zavar (testi fejlődés, mozgás, beszéd, stb.)?

- igen.....

- nem

4. Gyermek milyen fertőző betegségeken esett át? (A megfelelőt kérjük, húzza alá!)

bárányhimlő, skarlát, rózsahimlő, mumpsz, COVID-19, egyéb:.....

5. Volt- e eszméletvesztéssel járó rosszulléte?

- igen, oka:..... nem

6. Gondozzák-e krónikus betegség miatt?

- igen, kórkép neve:..... gondozóhely:.....

- nem

7. Áll-e gyógyszeres kezelés alatt? Ha igen, akkor miért, és milyen gyógyszert szed?

- igen,

- nem

8. Áll-e kórházi kezelés alatt? Ha igen, mikor és miért?

- igen, oka:..... dátum:.....

- nem

9. Műtétei (év)

.....

10. Törései:

.....

11. A magyarországi oltási rend szerinti kötelező védőoltásokat megkapta-e?

- igen

- nem Melyik oltást nem kapta meg?.....oka:.....

Tetanusz toxoidot kapott-e az utóbbi fél évben?

- igen, időpontja:.....oka:.....

- Nem

12. Az oltások után volt-e valamilyen szövődmény?

- igen:.....Nem

13. Allergiás-e valamilyen gyógyszerre, ételre, állati vagy egyéb anyagra?

- igen:.....nem

14. Lányoknál az első menstruáció időpontja:.....

15. Van-e olyan egészségi vagy lelki problémája, amire nem kérdeztünk rá, de jó, ha tudunk róla?

.....

Kérjük az alábbi táblázat kitöltését! Amennyiben a családban anyai vagy apai vonalon (egészen a dédszülőkhöz visszamenőleg volt/ van valamilyen betegség, az adott oszlopban kérjük „X”-szel jelölni.

A CSALÁD EGÉSZSÉGÉRE VONATKOZÓ ADATOK

BETEGSÉG	ANYA / CSALÁDJA	APA/ CSALÁDJA	TESTVÉR/EK
SZÍV- ÉRRENDSZERI BETEGSÉG(magas vérnyomás, infarctus, agyvérzés)			
ALLERGIA, ASZTMA			
KRÓNIKUS GYOMOR-BÉLRENDSZERI BETEGSÉG			
KRÓNIKUS VESE-ÉS HÚGYÚTI BETEGSÉG			
CUKORBETEGSÉG			
ELHÍZÁS			
IDEGRENDSZERI/ELME-BETEGSÉG			
FEJLŐDÉSI RENDELLENESÉG, ÖRÖKLŐDŐ BETEGSÉG			
DAGANATOS BETEGSÉG			
CSÖKKENTLÁTÁS/VAKSÁG			
NAGYOTHALLÁS/SÜKETSÉG			
EGYÉB			

Dátum:.....

.....

Szülő /Gondviselő aláírása