

Tisztelt Szülők/Gondviselők!

Az iskola-egészségügyi vizsgálatokhoz gyermekük egészségi állapotát érintő információkra lesz szükségem. Az eredményesebb munka érdekében kérem, hogy töltsék ki gyermekükre vonatkozóan az alábbi kérdőívet, ezzel segítve a megfelelő ellátást.

Az anamnézislapot aláírva és az oltási könyv fénymásolatát csatolva kérem visszaküldeni.

Együttműködését előre is köszönöm:

Sárossy Orsolya iskolavédőnő +36 70 528 7723

A tanuló neve:.....**osztálya:**.....

TAJ száma:..... **Születési helye, ideje:**.....

Édesanyja neve:.....**telefonszáma:**.....

Édesapja neve:**telefonszáma:**.....

Lakcíme, vagy tartózkodási címe:.....

A tanuló házi orvosának neve elérhetősége:.....

1. A gyermek eddigi betegségei:.....

2. Műtétek, kórházi kezelés oka, ideje:.....

3. Krónikus betegség esetén a gondozó intézmény, orvos neve, elérhetősége:

.....

4. Gyógyszerérzékenység, allergia:.....

5. Ételallergia:.....

6. Családban előforduló komolyabb betegségek, nagyszülőikig visszamenőleg:

.....

7. Járt-e a tanuló gyógytornára, gyógytestnevelésre, gyógyúszásra?:.....

8. Sportol-e rendszeresen?:.....

9. Visel - e szemüveget/ kontaktlencsét?:.....

10. Szed-e a tanuló rendszeresen gyógyszert:.....

11. Volt-e lázgörcs korábban a tanulónak: - igen - nem

12. Milyen lázcsillapítót használnak otthon:.....

Dátum:

szülő /gondviselő
aláírása