

**Osztály:** .....

## ISKOLAEGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV

(Gyermekek érdekében szíveskedjenek aláhúzással és szövegesen válaszolni a kérdésekre.  
Az egészségügyi adatok védelme érdekében lezárt borítékban, „iskolaorvos vagy védőnő részére” felirattal ellátva, kérjük beiratkozáskor leadni!)

**A tanuló neve:** ..... **TAJ száma:** .....

Születési helye: ..... Ideje: ..... Anyja neve: .....

Lakcíme: .....

Háziorvosának neve: .....

Gyermeke újszülött korában igényelt-e komolyabb orvosi beavatkozást?

**Igen** Milyet? ..... **Nem**

Állt-e kórházi kezelés alatt? **Igen** Miért és hány évesen? .....

..... **Nem**

Jelenleg áll-e szakorvosi ellenőrzés alatt? **Igen** Miért? Mióta? .....

..... **Nem**

Sorolja fel, hogy milyen gyógyszereket szed állandóan: .....

Van-e gyógyszerallergiája? **Igen** ..... **Nincs**

Volt-e súlyos sérülése, törése, agyrázkódása? **Igen** Mikor? .....

..... **Nem**

Volt-e már eszméletvesztése, görcsroham (epilepszia, lázgörcs)? **Igen** Mikor? ..... **Nem**

Volt-e műtété? **Igen** Mikor? Mi volt az? ..... **Nem**

Volt-e pszichés betegség miatt gondozott? (szorongás, depresszió, viselkedés-, magatartászavar, hiperaktivitás, iskolafóbia) Mikor? ..... **Nem**

Megkapta-e az összes kötelező védőoltást? **Igen** **Nem**. Az elmaradás oka: .....

Kapott-e a kötelezőn kívül is védőoltást? **Igen** Milyet és mikor? .....

Volt-e valamelyik védőoltásnak szövődménye? **Igen** Melyiknek és mi? .....

..... **Nem**

**Kérjük, hogy az oltási könyv/ könyvek fénymásolatát, ÁNTSZ ellenőrzés céljából mellékelni szíveskedjenek!**

Az előző tanévben milyen testnevelési csoportba tartozott?

Normál – könnyített – gyógytestnevelés – felmentett

A szülő egyéb fontos közlése az orvos és a védőnő számára: .....

.....

**Kérjük, a hátoldalon lévő családi anamnézist ne felejtsek el kitölteni!**

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/ elme-betegség			
Fejlődési rendellenesség			
Daganatos betegség			
Csökkent látás/vakság			
Nagyothallás/süketség			
Egyéb			

Kérjük a megfelelő választ X-szel jelölje! Amennyiben nem fordul elő betegség a családban, kérjük áthúzással jelezze azt!

Szülő aláírása

Az anamnézislapot és az oltási könyvek **fénymásolatát** beiratkozáskor **lezárt borítékban**, szíveskedjenek leadni!

**Az adatokat bizalmasan kezeljük!**

Segítségüket, fáradozásukat előre is köszönjük. Kívánjuk, hogy gyermekük egészségesen, tudással és diákélményekkel gazdagodva végezze el az iskolát!

Dr. Balogh Erika iskolaorvos  
Bálon Tünde ifjúsági védőnő