

Váci SZC Lányi Ferenc Technikum és Szakképző Iskola
2120 Dunakeszi Diáknegyed liget 1.
TANULÓI EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAP

Kérjük minden kérdésre egyértelmű választ adjanak (aláhúzni, a nemlegest is jelezni) és a lap alján aláírásukkal igazolni szíveskedjenek!

Tanuló neve:		Szül. hely, idő:	
Lakcím:		TAJ szám:	
Édesanya sz. neve		E-mail/tel.szám:	
Apa / Gondviselő neve:		E-mail/tel.szám:	
Háziorvos neve:			
Kórházi kezelések (műtét, baleset, csonttörés stb.), helye:			
Jelenlegi krónikus betegségek, orvosi ellenőrzések (intézmény, gyakoriság): Rendszeres gyógyszere:			
Gyermekeknél van/volt-e: epilepszia cukorbetegség szívbetegség asztma vérzékenység eszméletvesztéses rosszullét magas vérnyomás egyéb:.....			
Allergia: igen nem		Mire: Gyógyszere:	
Gyógyszerérzékenység: igen nem		Mire:	
Ortopédiai elváltozás:			
Testnevelésből volt-e felmentés/ gyógytestnevelés, oka:			
Szemüveg / kontaktlencse Dioptria: Jobb: Bal:		Halláscsökkenés: Jobb: Bal:	
Színtévesztés:		Hallókészülék:	
Sajátos nevelési igényű gyermek (SNI), oka:			
Érzelmi, magatartási probléma (pl. hiperaktivitás, figyelemzavar, depresszió, szorongás, pánik betegség, magatartási problémák):			
Egyéb közölnivaló/ kérés:			
Védőoltások igazolása			
Általános iskola neve, címe, ahol tanulmányait végezte:			
MMR (6. oszt.)	Időpontja:	Gyártási száma:	
DpTa (6. oszt.)	Időpontja:	Gyártási száma:	
Hepatitis-B I. oltás (7. oszt.)	Időpontja:	Gyártási száma:	
Hepatitis-B II. oltás (7. oszt.)	Időpontja:	Gyártási száma:	
A FÉNYMÁSOLATOT KÉRJÜK CSATOLNI SZÍVESKEDJENEK!			

A család egészségére vonatkozó aktuális adatok (X-szel kérjük jelölni)

Betegség	Anya	Anya családja	Apa	Apa családja	Testvér
Szív- érrendszeri betegség (magasvérnyomás, infarktus...)					
Allergia, asztma, tüdőbetegség					
Krónikus gyomor-bélrendszeri betegség					
Krónikus vese- és húgyúti betegség					
Cukorbetegség					
Elhízás					
Idegrendszeri/elme-betegség (pl.epilepszia)					
Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség					
Daganatos betegség					
Csökkent látás / vakság					
Nagyothallás / sükettség					
Egyéb					

Alulírott kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs. Amennyiben egészségi állapotában változása áll be, azt 8 napon belül az iskola-egészségügyi szolgálatnak írásban jelzem.

Hozzájárulok, hogy gyermekemmel kapcsolatban szükség esetén a fent megadott telefonon, email-en tájékoztatást kapjak.

Dátum:.....

Törvényes képviselő aláírása:.....