

EGÉSZSÉGÜGYI FELMÉRŐ

A tanuló neve: _____

Társadalombiztosítási kártya száma (TAJ): _____

Lakcíme: _____

Születési hely: _____ idő: _____ születési súly: _____

Terhesség lefolyása: iker sima veszélyeztetett

Szülés lefolyása: koraszülés sima császármetszés

Apa neve: _____ Tel. száma: _____

Anya leánykori neve: _____ Tel. száma: _____

Gondozójának neve: _____

Testvérek száma: _____ Születési ideje: _____

Testvérek betegsége(i): _____

Szülőknél előfordult örökölhető betegségek, pl. magas vérnyomás, szív- és érrendszeri betegségek, daganatos betegségek, cukorbetegség, látás- és hallásproblémák, csontrendszeri elváltozások, egyéb: _____

A tanulónál előfordult vagy jelenlegi betegség, pl. tüdő, szív, vese, idegrendszeri, csontrendszeri, látásprobléma, egyéb: _____

Betegség kezdete, gondozási helye: _____

Állandó gyógyszere: _____

Kórházi kezelés: nem / igen, helye: _____

Diagnózis: _____

Műtéten átesett: nem / igen, diagnózis: _____

Gyermekkori fertőző betegségei: _____

Kötelező védőoltásait megkapta: igen / nem

Testnevelésből felmentett volt legalább egy évig: nem / igen, emiatt: _____

Ha a testnevelés alóli felmentés most is indokolt, kérjük a szakorvosi lelet másolatát!

Szemüveget visel: igen / nem

Gyógyszerérzékenység: nem / igen, éspedig: _____

Allergia: nincs / van, éspedig: _____

Fejlődési rendellenesség: nincs / van, éspedig: _____

Beszédhiba: nincs / van, éspedig: _____

Kezesség: jobb / bal / mindkettő

Rendszeresen sportol: nem / igen, sportág: _____

A gyermek házi orvosának neve, tel. száma: _____

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. A tanuló egészségi állapotában bekövetkező változásról az iskolaorvost haladéktalanul tájékoztatom. Az iskolában a kötelezően végzendő oltásokhoz és vizsgálatokhoz hozzájárulok. A gondozási tervet átvettem.

Biatorbágy, _____

aláírás