

# EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

## HÁZIORVOS TÖLTI KI:

Tisztelt Háziorvos Kolléga/Nő!

Nevezett gyermek továbbtanulásához szükséges anamnézis felvétele.

Nevezett gyermeknek krónikus betegsége nincs, nem áll szakgondozás alatt: .....

Nevezett gyermeknek az alábbi betegséggel áll gondozás alatt:.....

Köszönettel!

Dátum:.....

.....

Ph.

aláírás

**GONDOZÓ SZAKORVOSI véleményhez kérelem:** háziiorvosi véleményt a rendelet nem tesz lehetővé elfogadni, kizárólag szakorvosit.

**Amennyiben gyermeke krónikus betegsége miatt gondozás alatt áll,** az öt gondozó szakorvostól szakmai véleményt kell kérnie a beiskolázási vizsgálatához, hogy a választott szakmájára alkalmas-e, illetve milyen korlátozásokat javasol orvosa a gyakorlati oktatáson való részvételéhez. **Gyakorló ápoló, ápoló (6010, egészségügy technikum) / vagy Fitness- wellness instruktornak (6020, sport technikum) készül.** Kérjük ez legyen a szakvéleményen. A nyilatkozat kézhezvételétől kérjük mihamarabb az időpont megkérését, hivatkozva a beiskolázási vizsgálatra, hiszen hosszú a várakozás időpontra./kardiológia, pulmonológia, bőrgyógyászat, ortopédia, diabetológia, gastroenterológia, endokrinológia, neurológia, pszichiátria, urológia, hematológia, onkológia, nevelési tanácsadó/

Köszönettel!

## VÉDŐNŐ TÖLTI KI:

Tisztelt Kolléganő!

Kérem fent nevezett tanuló védőoltásairól nyilatkozni szíveskedj az alábbi táblázatban, vagy nyomtatott formában!

Csecsemő és kisgyermekkorhoz kötött kötelező védőoltásait

megkapta

nem kapta meg

Oltás:	dátum:	oltóanyagszám:
DTPa		
MMR		
Engerix I.		
Engerix II.		

Köszönettel!

.....

Ph.

Dátum:.....

aláírás

Tudomásul veszem, hogy amennyiben korlátozásokkal alkalmas a választott szakmájára gyermekem, úgy a későbbi elhelyezkedése akadályokba ütközhet, az iskolaorvos javaslatát a későbbi pályamódosításra elfogadom.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben az iskola elvégzése során nem javul gyermekem egészségi állapota, úgy pályamódosításra kerülhet sor.

Amennyiben az alkalmasság elbírálásához szükséges dokumentumokat nem szereztem be a beiskolázási vizsgálatig, úgy saját felelősségre íratom be gyermekemet az iskolába, és a később kapott szakvélemény függvényében korlátozások lehetségesek.

.....

**szülő/gondviselő aláírása**

## **SZÜLŐ TÖLTI KI:**

Tisztelt szülő /Gondviselő/!

Kérjük Önt, hogy gyermeke (gondozottja) egészségi állapotára vonatkozó kérdéseinkre szíveskedjen választ adni!

**Felvételt nyert tanuló neve:** .....születési ideje.....

TAJ szám:..... Anyja neve:.....Háziorvos neve:.....

Lakhely: Ir.szám..... település..... utca ....., házszám.....

1. TUDOMÁSA SZERINT ÉRZÉKENY- E? ALLERGIÁS-E? igen nem  
Gyógyszerre, ételre, vegyi anyagra, fémre, pollenre, állati szőrre, egyéb:.....

2. SZED-E RENDSZERESEN GYÓGYSZERT /mit, adagolás/: nem-igen:.....

3. GYÓGYTESTNEVELÉSRE JÁRT-E ÁLTALÁNOS ISKOLÁBAN? nem-igen:.....

4. TESTNEVELÉS ALÓL FELMENTETT-E? nem-igen:.....

5. ALÁBBIK KÖZÜL KÉRJÜK KARIKÁZZA BE, HA GYERMEKÉNÉL VAN:

vérzékenység: igen-nem dislexia, disgrafia, discalculia kérem aláhúzni  
epilepszia: igen- nem  
színtévesztés: igen nem műtét:.....  
gerincferdülés: igen-nem .....  
aszthma: igen-nem  
ekcéma: igen-nem törés:.....  
szívbetegség: igen-nem korábbi betegségei:.....  
cukorbetegség: igen-nem .....  
halláscsökkenés igen-nem

szemüveg: nem-igen: dioptria:.....

**CSALÁDBAN ELŐDORDULÓ BETEGSÉGEK, ESETLEGES HALÁLOKOK:**

	Magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés	Allergia, asztma	daganat	Gyomor-bélrendszeri betegség	Cukorbetegség	Idegrendszeri/ elmebetegség	Csök- kent látás	Nagyot hallás	vese
apa:									
anya:									
apa családja:									
anya családja:									
testvér:									

**Kijelentem, hogy gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs.**

Vállalom, hogy gyermekem tanulmányai során, egészségében bekövetkezett bármi féle változást az iskola orvosának haladéktalanul jelzem, valamint ha iskolát vált gyermekem, az új iskola orvosával egyeztetek betegségről.

.....

szülő/gondviselő aláírása