

Egészségügyi kérdőív

KEDVES SZÜLŐK!

Kérjük, szíveskedjenek válaszolni az alábbi kérdésekre gyermekükkel kapcsolatban!

Gyermek neve, szül. ideje, helye,taj száma:.....

.....

Házi gyermekorvosa neve, elérhetősége:.....

Édesanyja leánykori neve:.....

Lakcíme:.....

1. Áll-e rendszeres orvosi gondozás alatt? /szív, vese, tüdő, vérképzés, endokrin, cukor, ortopédiai, ideg, pszichológiai, látás, hallás probléma miatt/, Ha igen, hol gondozzák? /intézmény neve/:

.....

2. Szed-e gyógyszert rendszeresen? /Mit, mennyit? .....

3. Korházban volt-e, mikor, miért? .....

4. Volt-e műtete, mikor, milyen? .....

5. Volt-e balesete, mikor, milyen? .....

6. Esméletvesztése volt-e, mikor, oka? .....

7. Gyógyszerérzékeny-e és mire? .....

8. Van-e allergiája? Mire? /étel, növény, állat, vegyszer, stb./.....

9. Milyen fertőző betegségeken esett át, mikor? .....

10. Egyéb problémája van-e? .....

11. Volt-e a közeli családban cukorbetegség, szív-érrendszeri betegség, asthma, stb: ....

.....

12. Előző iskola neve, pontos címe:.....

13. Megjegyzés:.....

Kérjük a **kitöltött lapot** és a gyermek **oltási könyvének fénymásolatát – 7.osztályosok esetében az eredetit is** szíveskedjenek szeptember első hetében az osztályfőnöknek leadni!Az oltási könyv fénymásolata nálunk marad,az oltási könyvet az oltások után visszaadjuk!

**Együttműködésüket köszönjük!**

Abdul Krisztina  
védőnő

Van Asschené dr.Nagy A. Zsófia  
iskolaorvos

szülő aláírása