**Kórelőzmény felmérése az iskola-egészségügyi vizsgálathoz**

**Gyermek neve: …………………………………………………………………………………………………**

**Születési ideje és helye: …………………………………………………………………………………………………**

**Anya neve: …………………………………………………………………………………………………**

**Apa neve: …………………………………………………………………………………………………**

**Gondozójának neve: …………………………………………………………………………………………………**

**Állandó lakcím: …………………………………………………………………………………………………**

**Ideiglenes lakcím/értesítés cím:**

**…………………………………………………………………………………………………**

**\*Gyermekkorában lezajlott fertőző betegségei:**

**bárányhimlő igen/nem**

**rózsahimlő igen/nem**

**mumpsz igen/nem**

**skarlát igen/nem**

**hepatitis igen/nem**

**egyéb:** …………………………………………………………………………………………………

**Nem fertőző betegségei:**

**epilepszia igen/nem**

**cukorbetegség igen/nem**

**asthma igen/nem**

**allergia igen/nem**

**szívbetegség igen/nem**

**vesebetegség igen/nem**

**bőrbetegség igen/nem**

**egyéb:** ………………………………………………………………………………………………

**\*Rendszeres orvosi gondozás alatt áll? igen/nem**

**Ha igen, miért és hol?**

………………………………………………………………………………………………

**Kérjük, az utolsó leletet hozza magával a pályaalkalmassági vizsgálatra.**

**\*Volt-e műtétje: igen/nem**

**Ha igen mikor? (év)**…………………………………………………………………………………………

**\*Volt-e balesete? igen/nem**

**Ha igen mikor? (év)**……………………………………………………………………..…………………

**\*Szemüveget/kontaktlencsét visel? igen/nem**

**Ha igen, a szemüveget/kontaktlencsét a vizsgálatra feltétlenül hozza magával!**

**\*Gyógyszer és egyéb allergiáról van-e tudomása? igen/nem**

**\*Állandó gyógyszert szed? igen/nem**

**Ha igen, milyent szed?** …………………………………………………………………….…………………….

**\*Védőoltások: megkapta/nem kapott**

**\*a megfelelő válasz aláhúzandó**

**Egyéb közlendői:**

……………………………………………………………………………………………

**Az adatok a valóságnak megfelelnek.**

**Székesfehérvár, ……… év, ………………………… hó ……………………nap**

**……………………………… …………………………………**

**házi gyermekorvos/háziorvos aláírása, szülő aláírása**

**pecsétje és telefonszáma: ………………………….**

**(amennyiben az ő segítségével került kitöltésre)**

**A gyermek egészségi állapotával, vagy a választott szakmával kapcsolatosan felmerülő kérések miatt kérjük kísérje el gyermekét a vizsgálatra! Ha ez nem áll módjában, akkor mindenképpen jól olvashatóan tüntesse fel telefonszámát, hogy fel tudjuk venni Önnel a kapcsolatot az alkalmassági megállapítása érdekében.**

**Záradék: az adatoka z „1997.évi XLVII. Az egészségügyi adatok és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvény” előírásai alapján bizalmasan kezeljük.**

**Segítségét előre is köszönjük:**

 **Ifjúság-orvosi Szolgálat orvosai**