

Kórelőzmény felmérése az iskola-egészségügyi vizsgálatához

Gyermek neve:.....
 Gyermek születési ideje és helye:.....
 Gyermek TAJ száma:.....
 Anya lánykori/születési neve:.....
 Apa neve:.....
 Törvényes képviselő neve:.....
 Állandó lakcím:.....
 Ideiglenes lakcím/értesítési cím:.....

Kérjük, a vizsgálatra hozzák magukkal a gyermek betegségével, orvosi gondozásával, kezelésével kapcsolatos utolsó leletet, zárójelentést. Védőoltási könyvet kérjük bemutatni!

Gyermekkorában lezajlott fertőző betegségei:		Nem fertőző betegségei:	
bárányhimlő	igen/nem	epilepszia	igen/nem
rózsahimlő	igen/nem	cukorbetegség	igen/nem
mumpsz	igen/nem	asthma	igen/nem
skarlát	igen/nem	allergia	igen/nem
hepatitis	igen/nem	szívbetegség	igen/nem
egyéb.....		vesebetegség	igen/nem
		bőrbetegség	igen/nem
		egyéb.....	

Rendszeres orvosi gondozás/kezelés alatt áll? igen/nem
 Ha igen, miért és hol?.....
 Volt-e műtétje: igen/nem
 Ha igen mikor és milyen műtét volt?.....
 Volt-e balesete/ csonttörése? igen/nem
 Ha igen mikor?
 Melyik testrésze sérült?.....

Volt-e eszméletvesztéssel, ájulással járó balesete vagy sérülése? igen/nem

Szemüveget/kontaktlencsét visel? igen/nem Dioptria J:.... B:....
 Hallókészüléket visel? igen/nem
 Ha igen, a szemüveget/kontaktlencsét vagy hallókészüléket a vizsgálatra feltétlenül hozza magával!

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

Mire allergiás?.....

Állandó gyógyszert/gyógyszerszármazékot szed? igen/nem
 Ha igen, milyen gyógyszert szed?
 Egyéb közlendői a gyermekkel kapcsolatban:.....
 Gyermek házi orvosának neve, telefonszáma:.....
 Szülő/törvényes képviselő telefonszáma/közvetlen elérhetősége.....

Nyilatkozom, hogy gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs.

Tudomásul veszem, hogy az iskola-egészségügyi vizsgálat és gondozás során az iskola-egészségügyi dolgozók a vonatkozó jogszabályok alapján – kizárólag az adott vizsgálat elvégzéséhez szükséges mértékben és célhoz kötötten – megismerhetik gyermekem Elektronikus egészségügyi szolgáltatási térben (EESZT) DÓR-rel (digitális önrendelkezés) vagy jogszabály által zárolt adatait és azokat az egészségügyi alkalmasság megállapításához, valamint az iskola- egészségügyi gondozás keretében figyelembe vehetik.

Tudomásul veszem, hogy az adatmegismerés kizárólag a vizsgálat elvégzéséhez szükséges adatkörre korlátozódik. Tudomásul veszem továbbá, hogy amennyiben a vizsgálaton szükséges egészségügyi adatokat nem bocsátom rendelkezésre, az befolyásolhatja az egészségügyi alkalmasság megítélését.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben gyermekem egészségügyi állapotában változás áll be, azt az iskola-egészségügyi szolgálat felé köteles vagyok jelezni.

Székesfehérvár, 2026. hónap ..
 szülő/törvényes képviselő aláírása

Záradék: az adatokat az „1997.évi XLVII. Az egészségügyi adatok és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvény” és az Általános adatvédelmi rendelet (GDPR) előírásai alapján bizalmasan kezeljük.

Segítségét előre is köszönjük: Ifjúság-orvosi Szolgálat orvosai

KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:

Kérjük, nyomtatott nagybetűkkel, olvashatóan kitölteni.

Minden kérdésre kérünk választ adni.

Az „igen/nem” választ igénylő kérdéseknél kérjük a választ aláhúzással vagy bekarikázással jelölni, egyéb kérdéseknél rövid, értelemszerű választ kérünk. (például: vakbélműtétje volt, 2021-ben, jobb csuklótörés 2010-ben) Szülő elérhetőségénél mindenképpen kérjük olyan telefonszám feltüntetését, amelyen érintett szülő napközben elérhető.

A gyermek egészségi állapotával, vagy a választott szakmával kapcsolatban felmerülő kérdések 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.