Osztály:

**Egészségügyi kérdőív**

KEDVES SZÜLŐK!

Kérjük, szíveskedjenek válaszolni az alábbi kérdésekre gyermekükkel kapcsolatosan!

Gyermek neve: TAJ:

Születési helye, ideje:

Édesanyja leánykori neve:

Lakcíme:

Házi gyermekorvosa neve:

Elérhetősége:

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)*:

1. Szed-e gyógyszert rendszeresen? Mit, mennyit?
2. Korházban volt-e, mikor, miért?
3. Volt-e műtéte, mikor, milyen?
4. Volt-e balesete, mikor, milyen?
5. Eszméletvesztése volt-e, mikor, oka?
6. Gyógyszerérzékeny-e és mire?
7. Van-e allergiája? Mire? /étel, növény, állat, vegyszer, stb
8. Milyen fertőző betegségeken esett át, mikor?
9. Egyéb problémája van-e?
10. Volt-e a közeli családban cukorbetegség, szív-érrendszeri betegség, asztma, stb:

1. Előző iskola neve, pontos címe
2. 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!

Van Asschené dr.Nagy A. Zsófia – *iskolaorvos*

Fiala Adrienn – *védőnő*

Budapest, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*szülő / gondviselő*