

Egészségügyi kérdőív

KEDVES SZÜLŐK!

Kérjük, szíveskedjenek válaszolni az alábbi kérdésekre gyermekükkel kapcsolatban!

Gyermek neve, szül. ideje, helye, táj 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 műtété, mikor, milyen?

5. Volt-e balesete, mikor, milyen?

6. Eszméletvesztése 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!

Fiala Adrienn
védőnő

Van Asschené dr.Nagy A. Zsófia
iskolaorvos

szülő aláírása