

Egészségügyi kérdőív

KEDVES SZÜLŐK!

Kérjük szíveskedjenek válaszolni az alábbi kérdésekre gyermekükkel kapcsolatban!

Gyermek neve, szül. ideje, helye:

Házi gyermekorvosa neve, elérhetősége:

- 1) Áll-e rendszeres orvosi gondozás alatt? (szív, vese, tüdő, vérképzés, endokrin, cukor, ortopédiai, ideg, pszichológiai, látás, hallás probléma miatt):
- 2) Hol gondozák? (intézmény neve):
- 3) Szed-e gyógyszert rendszeresen? (Mit, mennyit):
- 4) Kórházban volt-e, mikor, miért?.....
- 5) Volt-e műtéte, mikor, milyen?.....
- 6) Volt-e balesete, mikor, milyen?
- 7) Eszméletvesztése volt-e, mikor, oka?:
- 8) Gyógyszerérzékeny-e és mire?
- 9) Van-e allergiája? Mire? (étel, növény, állat, vegyszer, stb):
.....
- 10) Milyen fertőző betegségeken esett át, mikor?
- 11) Egyéb problémája van-e?
- 12) Előző iskola neve, pontos címe:
- 13) Megjegyzés:
- 14) A gyermek megkapta-e a Di-Te, MMR (6. osztályos), Engerix B (hepatitisz B elleni, 7. osztályos) védőoltásokat és mikor? (év, hónap, nap)
.....

Kérjük a **kitöltött lapot** és a gyermek **oltási könyvének másolatát** szíveskedjenek az iskola titkárságán, vagy legkésőbb szeptember első hetében az osztályfőnöknek leadni!

Segítségüket köszönjük!

Van Asschené Dr. Nagy Adrienne Zsófia
iskolaorvos

Mihálka Eszter
védőnő

.....
dátum

.....
szülő aláírása