

Kedves Szülők!

Gratulálok, hogy gyermekük felvételt nyert a gimnáziumba!

Gyermekük folyamatos iskola-egészségügyi ellátásban fog részesülni ebben az iskolában is. A megfelelő ellátás érdekében szükségem van bizonyos adatokra, ezért kérném az:

- **egészségügyi nyilatkozat kitöltését**
- **oltási kiskönyv bemutatását**

A 18/1998. (VI.3.) NM rendelet 5. § (8) bekezdése szerint az iskolaorvosnak kötelező az életkor szerint esedékessé vált oltások megtörténtét ellenőrizni. Ezért kérem, szeptemberben, az első tanítási napon behozni az oltási könyvet. Legkésőbb szeptember végén visszajuttatom Önökhöz.

Gyermek oltásainak meglétét a következő dokumentációkkal tudja igazolni:

- Gyermek egészségügyi könyvében lévő oltási kiskönyv (védőoltások adatlapja), vagy
- Védőoltási könyv 14 év feletti személy részére

Amennyiben nem találja az oltási könyvet, vagy elveszett, akkor a gyermek területi védőnőjétől lehet újat igényelni, és abban az eddigi oltásait igazolni. Az általános iskolában kapott oltásokat (MMR, dTap, Hepatitis B elleni védőoltásokat) pedig az általános iskolában lévő védőnő tudja igazolni.

- **az alábbi táblázat (családi anamnézis) kitöltését:**

Kérem, jelölje be (X-szel), hogy mely családtagjuknál mely betegség(ek) fordul(nak/t(ak) elő!

Családi anamnézis							
	Szív- és érrendszeri betegségek	Légzőszervi betegségek	Daganat	Emésztőszervi betegségek	Anyagszerek betegségek	Pszichológiai betegségek	Egyéb
Apa/nagyszülő							
Anya/nagyszülő							
Testvér(ek)							

Előző iskola neve:.....

Címe:.....

Kérem, hogy ezt az egészségügyi nyilatkozatot kitöltve, szülői aláírással ellátva, illetve a gyermek oltási könyvét hozzák magukkal a beiratkozáskor!

Köszönettel: Laczkovszki Eszter
iskolavédőnő

Tisztelt Szülők!

Gyermekük hatékony iskolaegészségügyi ellátásának érdekében kérem, hogy az alábbi kérdésekre adott válaszaikkal segítsék munkánkat!

Gyermek neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Anyja leánykori neve:.....

Apja neve:.....

Lakcím:.....

TAJ:.....

Szülő elérhetősége:.....

Gyermekorvosuk neve, rendelő címe:.....

Van-e gyermekének szemüvege?.....

Van-e gyermekének valamilyen krónikus betegsége? Mi az? Hol kezelik?

(Pl: cukorbetegség, szívbetegség, magas vérnyomás, epilepszia, pszichiátriai betegség, stb.)

Van-e valamilyen allergiája? (gyógyszer, étel, virágpor, stb.)

Kell-e rendszeresen gyógyszert szednie? Ha igen, miből mennyit?

Ortopédiai gondozás alatt áll-e? Miért?.....

A krónikus betegségről, illetőleg a szemészeti/ortopédiai gondozásról az utolsó lelet másolatát kérem, küldjék be!

Szokásos lázcsillapító gyógyszere:.....

Egészségi állapot szempontjából fontos egyéb tudnivaló:.....

Az oltási könyvet szíveskedjenek az iskolába beküldeni, a kötelező oltások ellenőrzése után visszaadom.

Együttműködésüket köszönöm:

Laczkovszki Eszter
Iskolavédőnő

Nyilatkozom, hogy gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs.

Budapest,.....