**Tisztelt Szülők/Gondviselők!**  **Újonnan érkező tanulók részére**

Az iskolaorvosi vizsgálatok során szeretnénk minél több, a gyermekük egészségi állapotát érintő információt megtudni. Az eredményesebb munka érdekében kérjük, hogy töltsék ki gyermekükre vonatkozóan az alábbi kérdőívet, ezzel segítve a megfelelő ellátást.

**Kérem az oltási könyv fénymásolatát az oltásokról elküldeni postai úton, vagy e-mail címünkre, vagy bemutatni az iskolában.**

 Köszönettel: **Payer Kinga Dóra**

 Ifjúsági védőnő

**A tanuló neve………………………………………………………osztály:…………………..**

**Születési hely…………………………….………szül. idő:…….…év………….hónap…………nap**

**Apja/gondviselő neve:……………………………………………………**

 **Elérhetősége: Tel.:………………………. E-mail: ………………………………………………..**

**Anyja leánykori neve:……………………………………………………**

 **Elérhetősége: Tel.:………………………. E-mail: ………………………………………………..**

**Lakcím:………………………………………………………………………………………………….**

**Óvoda neve:……………………………………………………………………………………….**

**Óvoda címe:……………………………………………………………………………………….**

**TAJ szám:………………………………….**

**Háziorvosának neve:………………………………………elérhetősége:……………………………..**

1. Testvérei:

Név (szül. év):……………………………………………………………………………………..

Testvérei egészségesek-e (ha nem, milyen krónikus betegségük van)?

- Igen - Nem (betegség megnevezése)………………………………………………………

1. Gyermeke születése körül volt- e valamilyen probléma, ha igen, mi volt az?
* igen, ………………………………………………nem
1. Gyermeke fejlődésében volt- e valamilyen zavar (testi fejlődés, mozgás, beszéd, stb.)?
* igen…………………………………………………………………………………………….
* nem
1. Gyermeke milyen fertőző betegségeken esett át? (A megfelelőt kérjük, húzza alá!)

bárányhimlő, skarlát, rózsahimlő, mumpsz, COVID-19, egyéb:……………………………………………..

1. Volt- e eszméletvesztéssel járó rosszulléte?

- igen, oka:…………………………………………… nem

1. Gondozzák-e krónikus betegség miatt?

- igen, kórkép neve:……………………………… gondozóhely:………………………………

- nem

1. Áll-e gyógyszeres kezelés alatt? Ha igen, akkor miért, és milyen gyógyszert szed?
* igen,…………………………………………………………nem
1. Állt-e kórházi kezelés alatt? Ha igen, mikor és miért?
* igen, oka:………………………………………………… dátum:……………………………
* nem
1. Műtétei (év)

…………………………………………………………………………………………………………

1. Törései:

………………………………………………………………………………………………………….

1. A magyarországi oltási rend szerinti kötelező védőoltásokat megkapta-e?
* igen
* nem Melyik oltást nem kapta meg?………………………….oka:……………………………..

Tetanusz toxoidot kapott-e az utóbbi fél évben?

* igen, időpontja:………………………………….oka:…………………………….
* Nem
1. Az oltások után volt-e valamilyen szövődmény?
* igen:………………………………Nem
1. Allergiás-e valamilyen gyógyszerre, ételre, állati vagy egyéb anyagra?
* igen:…………………………………………………nem
1. Lányoknál az első menstruáció időpontja:…………………………………..

15. Van-e olyan egészségi vagy lelki problémája, amire nem kérdeztünk rá, de jó, ha tudunk róla?

………………………………………………………………………………………………………………

**Kérjük az alábbi táblázat kitöltését! Amennyiben a családban anyai vagy apai vonalon (egészen a dédszülőkig visszamenőleg volt/ van valamilyen betegség, az adott oszlopban kérjük „X”-szel jelölni.**

**A CSALÁD EGÉSZSÉGÉRE VONATKOZÓ ADATOK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BETEGSÉG** | **ANYA / CSALÁDJA** | **APA/ CSALÁDJA** | **TESTVÉR/EK** |
| **SZÍV- ÉRRENDSZERI BETEGSÉG(magas vérnyomás, infarctus, agyvérzés)** |  |  |  |
| **ALLERGIA, ASZTMA** |  |  |  |
| **KRÓNIKUS GYOMOR- BÉLRENDSZERI BETEGSÉG** |  |  |  |
| **KRÓNIKUS VESE-ÉS HÚGYÚTI BETEGSÉG** |  |  |  |
| **CUKORBETEGSÉG** |  |  |  |
| **ELHÍZÁS** |  |  |  |
|  **IDEGRENDSZERI/ELME-BETEGSÉG** |  |  |  |
| **FEJLŐDÉSI RENDELLENESSÉG, ÖRÖKLŐDŐ BETEGSÉG** |  |  |  |
| **DAGANATOS BETEGSÉG** |  |  |  |
| **CSÖKKENTLÁTÁS/VAKSÁG** |  |  |  |
| **NAGYOTHALLÁS/SÜKETSÉG** |  |  |  |
| **EGYÉB** |  |  |  |

Dátum:………………….. ……………………………………………

 Szülő /Gondviselő aláírása