

## **Egészségügyi nyilatkozat**

### **Tisztelt Szülő!**

Gyermeke beiskolázási vizsgálaton vesz részt, melyet az Iskola-egészségügyi Szolgálat tagjai végeznek.

Iskolaorvos: Dr. Kusper Zsuzsa  
Iskolai védőnő: Kissné Papp Tímea

Orvosi vizsgálat helye: **Eventus Üzleti, Művészeti Szakgimnázium - Eger, Cifrakapu tér 4.** (Régi épület)

Orvosi vizsgálat ideje: **2021. június 21. 22. 23. .... 8:00 / 9:00 / 10:00 / 11:00 / / 13:00 / 14:00**

### **A tanuló a vizsgálatra a következőket hozza magával:**

- ☞ ezen egészségügyi nyilatkozat
- ☞ társadalombiztosítási kártya
- ☞ esetleges előző betegségekkel kapcsolatos zárójelentések, leletek, gondozási dokumentumok (megtekintésre)
- ☞ védőoltási kiskönyvek (2 db – a 14 év feletti is)
- ☞ iskolások és óvodások egészségügyi törzslapja (ha még nem adták be)
- ☞ szemüveg, ha viselnie kell ilyet

A tanuló és a szülők az alábbi kérdésekre pontosan adjanak választ:

- |   | igen | nem | milyen? |
|---|------|-----|---------|
| ☞ gyógyszerérzékenység.....   |      |     |         |
| ☞ allergiás betegség.....   |      |     |         |
| ☞ ekcéma.....   |      |     |         |
| ☞ agyvelő, agyhártya gyulladás.....   |      |     |         |
| ☞ szívizom-gyulladás, ízületi gyulladás.....                                    |      |     |         |
| ☞ asztma, hörghurut.....  |      |     |         |
| ☞ eszméletvesztéssel járó rosszullét (epilepszia) .....                         |      |     |         |
| ☞ egyéb betegség, cukorbetegség, vérszegénység .....                            |      |     |         |
| ☞ magasban szédül-e?.....   |      |     |         |
| ☞ halláscsökkenés .....   |      |     |         |
| ☞ szemüveget visel-e?.....<br>(szemüvegét, 1 éven belüli leletét hozza magával) |      |     |         |
| ☞ szintévesztő-e?.....  |      |     |         |
| ☞ feküdt-e kórházban? (ha igen, zárójelentését hozza magával).....              |      |     |         |
| ☞ szed-e rendszeresen gyógyszert? .....   |      |     |         |
| (ha igen, gondozási dokumentumait hozza magával)                                |      |     |         |
| ☞ testnevelés alól felmentett-e, miért? .....                                   |      |     |         |
| ☞ jár-e valamilyen gondozóba? (szív, vese, máj, stb) .....                      |      |     |         |
| ☞ törése volt-e (kéz, láb, stb) .....   |      |     |         |

Egyéb közölnivaló: .....

***Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy gyermekemnek nincs eltitkolt betegsége!***

....., 20..... hó ..... nap

.....  
szülő aláírása

.....  
tanuló aláírása

### *A család egészségére vonatkozó aktuális adatok*

| Betegség  | Anya | Anya családja | Apa | Apa családja | Testvér/ek |
|---|------|---------------|-----|--------------|------------|
| Szív-érrendszeri betegség (magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés) |      |               |     |              |            |
| Allergia, asztma  |      |               |     |              |            |
| Krónikus gyomor-bélrendszeri betegség                             |      |               |     |              |            |
| Krónikus vese- és húgyúti betegség                                |      |               |     |              |            |
| Cukorbetegség   |      |               |     |              |            |
| Elhízás   |      |               |     |              |            |
| Idegrendszeri és/vagy elme-betegség                               |      |               |     |              |            |
| Fejlődési rendellenesség Öröklődő betegség                        |      |               |     |              |            |
| Daganatos betegség  |      |               |     |              |            |
| Csökkent látás, vakság  |      |               |     |              |            |
| Nagyothallás, siketség  |      |               |     |              |            |
| Egyéb   |      |               |     |              |            |

Kérjük, jelölje a fennálló betegségeket!

A közölt adatokat az egészségügyi dokumentum részeként, bizalmasan kezeljük.

**Aláírásával igazolja**, hogy az adatok valósak, az iskola-egészségügyi munkáról tájékoztatót kapott és hozzájárul a tájékoztatóban jelzet vizsgálatok és felmérések elvégzéséhez.

Szülő aláírása

Tanuló aláírása