

**Tisztelt Szülő/Gondviselő!**

Tájékoztatjuk Önt arról, hogy az 1997. évi CLIV. Törvényben, az 51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben, a 26/1997. (IX. 3.) NM rendeletben, valamint a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet 4. sz. mellékletben foglaltak szerint történik gyermeke az iskola-egészségügyi ellátása. A tanulókról általános iskolában kiállításra került az iskolások egészségügyi törzslapja, melyet a középiskolában is vezet az egészségügyi team.  
Kérjük segítségét, hogy gyermekéről pontosan tudjuk kitölteni a törzslap anamnézis rovatait.

**ANAMNÉZIS LAP**

Tanuló neve:	Osztálya:
Születési hely:	Születési idő:
Lakcím:	
Anyja születéskori neve:	Gyermek TAJ száma:
Házi-gyermekorvos neve:	Elérhetősége:
Szülő/gondviselő neve:	Elérhetősége:

**Egészségügyi alapadatok:**

Születési súly:	Szülés lefolyása (hüvelyi, császármetszés, egyéb eszközös):
Anya terhesség alatti betegségei:	A gyermek vércsoportja: (amennyiben ismert):
Voltak-e a gyermeknek fertőző megbetegedései (pl.: bárányhimlő, skarlát, rózsahimlő, stb.)? Ha igen, mi és melyik évben?	Van-e a gyermeknek krónikus betegsége (pl.: asztma, cukorbetegség, szívbetegség, epilepszia, vesebetegség, leukémia, mozgásszervi betegség, stb.)? NEM IGEN: betegsége: ..... Kezelőorvosa: ..... Kezelőintézmény: .....
Gyermeke szemüveges-e? Ha igen, szemüvege dioptriája:.....jobb, .....bal  Gyermekeit gondozták-e kancsalság miatt?	Volt-e gyermekének valamilyen műtete (pl. mandula, fültubus, stb.)? NEM IGEN: műtét: ..... Műtét éve: .....
Szed-e valamilyen gyógyszert rendszeresen? NEM IGEN: Gyógyszer/ek neve, adagolása:	Volt-e gyermekének valamilyen sérülése, törése, agyrázkódása, eszméletvesztése? NEM IGEN: Mikor és mi történt? .....
Gyógyszerérzékenysége van-e? NEM TUD RÓLA IGEN: gyógyszer neve: .....	Van-e gyermekének diagnosztizált allergiája (pl.: ételre, pollenekre, fémre, leukoplasztra, jódra, stb.)? NEM IGEN: mire? ..... Allergiára szedett gyógyszer: .....
Volt-e valamilyen kezelést igénylő oltási reakciója? IGEN NEM	Kórházban kezelték-e gyermekét? (Sérülés, műtét, krónikus betegségén kívül) NEM IGEN: mikor és mi miatt? .....
Gyermeke használ-e hallókészüléket? IGEN NEM	Gyermeke használ-e lúdtalpbetétet, gyógycipőt? IGEN NEM

- Amennyiben **gyermeke rendszeres szakorvosi ellenőrzés alatt áll, zárójelentés/utolsó szakorvosi lelet fénymásolatot kérjük behozni/beküldeni**

- Kérjük, gyermekük **Gyermek-egészségügyi kiskönyvét/Oltási könyvét, vagy annak olvasható fénymásolatát az oltási dokumentáció felfektetéséhez beküldeni** szíveskedjenek.

- Amennyiben gyermekük egészségi állapotában a tanév során változás állna be, kérjük, ezt jelezzék az egészségügyi team felé.

-Értesítem, hogy gyermeke orvosi vizsgálatra és védőnői szűrővizsgálatra kötelezett jogszabályilag meghatározott rendszerességgel. A vizsgálatok helyszíne az iskola, és az orvosi rendelő. Ennek keretében a következő vizsgálatok történnek: pajzsmirigy tapintásos vizsgálata, testmagasság, testtömeg mérése, a testi fejlettség és tápláltsági állapot hazai standardok szerinti értékelése. A nemi fejlődésérésének értékelése, pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés, magatartásproblémák feltárása, érzékszervek működésének vizsgálata a szakmai irányelveknek megfelelően. A mozgásszervek vizsgálata: különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc-rendellenességekre, vérnyomásmérés. Az elvégzett szűrésről a tanuló leletet kap.

A szűrővizsgálatok célja a tanulók egészségének védelme, életminőségének, illetve élettartamának növelése, a rejtett betegségek, az egyes betegségeket megelőző kórállapotok, valamint az arra hajlamosító kockázati tényezők korai - lehetőleg panaszmentes - szakaszban történő aktív felkutatása és felismerése.

**A család egészségére vonatkozó aktuális adatok**

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

Testvérek			
	neme	születési éve	egészségi állapota (egészséges vagy betegség megnevezése)
1.			
2.			
3.			
4.			

- A fenti adatok kezelésére csak az egészségügyi team tagjai jogosultak.

Kérjük adja meg a gyermek előző iskolájának nevét és címét: .....

.....

Mórahalom , .....

*Mara Andrea*  
Védőnő aláírása

Aláírással igazolom, hogy a leírtak a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs. Tudomásul veszem, hogy gyermekem az oktatási intézményben a jogszabályokban szabályozott rendszerességgel a védőnői és orvosi szűrővizsgálaton részt vegyen.

Dátum:.....

Szülő/gondviselő aláírása:

.....