**1.**

**EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAP ZÁRTAN KEZELENDŐ**

**AZ ISKOLAEGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT RÉSZÉRE**

**Tisztelt Szülő/Gondviselő!**

Kérjük, az alábbiak pontos kitöltését gyermeke egészségi állapotának nyomon követése céljából.

A tanuló alapadatai Választott szakma:

|  |  |
| --- | --- |
| Tanuló neve:  | TAJ száma: |
| Születési hely: | Születési Idő: |
| Állandó lakcím: | Tartózkodási hely: |
| Anyja neve: | Elérhetőség Tel/e-mail cím: |
| Apja neve: | Elérhetőség Tel/e-mail cím: |
| Gondviselő neve: | Elérhetőség Tel/ e-mail cím: |
| Házi-gyermekorvos neve: | Elérhetőség Tel/ e-mail cím: |

**Előző iskolák adatai:**

1. iskola neve,címe:……………………………………………………………

2. iskola neve, címe:……………………………………………………………

 **Könnyűipari technikus, divat-, jelmez és díszlettervező, grafikus, fotográfus, divatszabó-női szabó szakmára jelentkező tanulónál** az **előzetes iskolaorvosi szakmai alkalmassági vizsgálat kötelező**.

*Az iskolaorvosi vizsgálat helyszíne: a technikum orvosi rendelője,18 éven felüli családtag kísérete szükséges.*

Az ***orvosi vizsgálatra* hozza magával a törvényes képviselő által kitöltött, aláírt adatlapot,** az **egészségügyi leleteket/dokumentációkat.**

**Minden új tanuló csatolja a kitöltött és aláírt adatlaphoz *fénymásolatban* az alábbi egészségügyi leleteket/dokumentációkat:**

 - ***az életkorhoz kötött kötelező védőoltások igazolását*** Gyermek-egészségügyi kiskönyvéből”

 - ***szemész szakorvosi leletet*** (éleslátás, színlátás vizsgálata) egy évnél nem régebbit,

 - ***hallásvizsgálati leletet*** (= audiológiai vizsgálat) egy évnél nem régebbit,

 ***- kórházi zárójelentéseket***,

 **- *szakorvosi járóbeteg vizsgálati-leleteket*** korábbi és folyamatban lévőket,

 - ***a Pedagógiai Szakszolgálat érvényes szakvéleményét*** (amennyiben ezzel rendelkezik)

 - ***a kitöltött és szülő/gondviselő által aláírt adatlapot***

**Az egészségügyi adatok kezelésére az egészségügyi szolgálat tagjai jogosultak.**

***Kérjük, ha a tanév során a tanuló egészségi állapotában változás állna be, az aktuális egészségügyi dokumentációt fénymásolatban juttassák el részünkre***.

Tájékoztatom, hogy gyermeke – a tanévek során - orvosi vizsgálatokra és védőnői szűrővizsgálatokra kötelezett az **1997. évi CLIV. Egészségügyi** **Törvényben**-, **1997. évi XLVII. törvényben** az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről,az **51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben-, és a 26/1997. (IX. 3.) NM rendeletben**-, **33/1998 NM** **(VI.24.) rendeletben** meghatározottak szerint.

**Együttműködését előre is köszönjük.**

**Tisztelettel:**

 dr. Paizs Márta Shillingné Papp Zsuzsa

 iskolaorvos védőnő

 **Budapest 2025/2026 tanév**

Dátum:…………………………………. ……………………………………………………………………………………

 törvényes képviselő aláírása

|  |
| --- |
| **2.** |
| **A tanuló egészségügyi alapadatai: válaszadáskor az „igen”-t vagy a „nem”-et „X”-szel jelölje!** | **igen** | **nem** | **Amennyiben a válasz igen, a betegség megnevezése. A betegség kezdete? Jelenleg fennáll-e?** |
| **Műtétek** sorolja fel+ időpontok |  |  |  |
| Gerinc, végtagok, ízületek **betegsége**,(pl. gerincferdülés, lúdtalp, izületigyengeség,…):  |  |  | Milyen korrekció történt/történik?írja le: |
| Gerinc, végtagok, ízületek, mellkasi-,hasi **sérülések** (törés,rándulás,ficam)Mikor? |  |  | írja be: |
| **Szív, keringési rendszer** betegsége (pl. szívzörej, ritmuszavar, fejlődési rendellenesség, magas vérnyomás, egyéb): |  |  | írja be: |
| Asztma, **tüdőbetegség** (pl. gyakori tüdőgyulladás, mellhártyagyulladás,légmell, egyéb): |  |  | írja be: |
| **Idegrendszer betegsége**: pl. epilepszia,egyéb.. **Pszichiátriai betegség**: (pl., pánikbetegség, idegkimerültség,depresszió, szorongás, játékszenvedély, drog fogyasztás, egyéb) |  |  | írja be: |
| **Egyéb:** pl. fejfájás, szédülés, migraine, írási-, olvasási-,számolási-,beszédprobléma figyelemzavar, egyéb. |  |  | írja be: |
| Idült **bőrbántalom** (pl. ekcéma, pikkelysömör,…) |  |  | írja be: |
| Máj, vese, gyomor, pajzsmirigy betegsége: |  |  | írja be: |
| Veleszületett vagy szerzett elváltozás: |  |  | írja be: |
| **Hallás**károsodott-e, hallókészüléket visel-e? |  |  |  |
| **COVID-19 megbetegedés/gyanú** |  |  | mikor? |
| **Cukorbetegség:** |  |  |  gyógyszer neve: |
| Rendszeres**/**időszakos **gyógyszerszedés**: |  |  | gyógyszer neve: |
| Milyen betegségre szedi? |  |  | írja be: |
| **Testnevelés alóli felmentés:** |  |  | a felmentés oka: |
| **Látás**-szemüveg, kontaktlencse viselése van-e?  |  |  | Dioptria: jobb szem:…. bal szem:……. |
| **Színtévesztő-e**? |  |  |  |
| **Allergia** (gyógyszer, táplálék,egyéb),szénanátha |  |  | A gyógyszer neve: |

**Ha a tanév során gyermeke egészségi áll1apotában változás állna be, kérjük, ezt jelezzék az iskola-egészségügyi szolgálat felé.**

Tájékoztatom, hogy gyermeke orvosi vizsgálatra és védőnői szűrővizsgálatra kötelezett az **1997. évi CLIV. Egészségügyi Törvényben**-, az **1997. évi XLVII. törvényben-** az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről, az **51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben-,** a **26/1997. (IX. 3.) NM rendeletben**-, a **33/1998 NM** **(VI.24.)** **rendeletben** meghatározottak szerint. A vizsgálatok helyszíne az oktatási intézmény orvosi rendelője.

**Aláírásommal igazolom, hogy gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs, az esedékes szűrővizsgálatokról és a gyermekek jogairól, értesítettek, (az iskola honlapján elolvasható) annak jelentőségéről a szükséges információt megkaptam és azt megértettem.**

**Dátum: …………………………………. …………………………………**

 **törvényes képviselő aláírása**

**A család egészségére vonatkozó aktuális adatok (jogszabályi előírás alapján)**

X-el jelölje be a családtagoknál, a betegséget nevezze meg

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Betegség |  **Anya** | **Anya****családja** |  **Apa** | **Apa****családja** | **Tanuló****testvére** | **Betegség(ek) neve** |
| Szív-, érrendszeri betegség(magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés) |  |  |  |  |  |  |
| Allergia, asztma |  |  |  |  |  |  |
| Krónikus gyomor-, bélrendszeri betegség |  |  |  |  |  |  |
| Krónikus vese-, húgyúti betegség |  |  |  |  |  |  |
| Cukorbetegség |  |  |  |  |  |  |
| Elhízás |  |  |  |  |  |  |
| Idegrendszeri betegség/pszihés-betegség |  |  |  |  |  |  |
| Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség |  |  |  |  |  |  |
| Daganatos betegség |  |  |  |  |  |  |
| Csökkent látás/ vakság |  |  |  |  |  |  |
| Nagyothallás/siketség |  |  |  |  |  |  |
| Egyéb: pl. pajzsmirigy stb… |  |  |  |  |  |  |

**Dátum**:…………… ……………………………….

 **törvényes képviselő aláírása**