

## Tisztelt Szülők!

Köszöntjük Önöket és gyermeküket az Iskola-egészségügyi Szolgálat nevében. Munkánk segítéséhez és gyermekük hatékony iskolaegészségügyi ellátásának érdekében kérjük, hogy válaszoljanak gyermekük egészségére vonatkozó néhány kérdésre.

Gyermek neve: ..... Osztálya: .....  
Születési helye, ideje: .....  
Anyja leánykori neve: .....  
Anyja telefonszáma: ..... Anya e-mail: .....  
Apa neve: .....  
Apja telefonszáma: ..... Apa e-mail: .....  
Lakcím: .....  
TAJ: ..... Probléma esetén értesítendő telefonszám: .....  
Előző iskola, óvoda neve, címe: .....  
6 éves oltás (Tetraxim) időpontja, oltóanyag száma: .....  
Amennyiben 6.-os vagy 7.-es, az évben kapott-e már oltást?( dátum, időpont).....  
Gyermekorvosuk neve, rendelő címe: .....

Területi védőnőjük neve, tanácsadó címe: .....  
Van-e gyermekének szemüvege? .....  
Van-e gyermekének valamilyen krónikus betegsége? Mi az? Hol kezelik? (pl.: asztma, cukorbetegség, szívbetegség, magas vérnyomás, epilepszia, depresszió, emésztőrendszeri betegségekstb.)

Van-e valamilyen allergiája? (**gyógyszer**, étel, virágpor, házpor, stb.) .....  
Kell-e rendszeresen gyógyszert szednie? Ha igen, miből mennyit? .....

Ortopédiai gondozás alatt áll-e? Miért? .....  
Műtétek, törések, kórház: .....  
Volt-e eszméletvesztéssel járó rosszullete?.....  
Testnevelés alól volt-e felmentése? (jár-e gyógytornára, gyógyúszásra?).....  
Nevelési Tanácsadó vizsgálta-e (ADHD, BTM, SNI, stb.).....

**A krónikus betegségekről, tanácsadóból, illetőleg a szemészeti/ortopédiai gondozásról ill. egészségével kapcsolatos egyéb lelet utolsó fénymásolatát kérem, küldjék be!**

Szokásos lázcsillapító gyógyszere: .....  
Egészségi állapot szempontjából fontos egyéb tudnivaló: .....

**Az oltási könyvet vagy annak (alap adatok és a védőoltás matricás-dátumos oldalainak) fénymásolatát szíveskedjenek az iskolába beküldeni. Az oltási könyvet az oltások ellenőrzése után visszaadjuk.**

A 18/1998. (VI.3.) NM rendelet 5. § (8) bekezdése szerint az iskolaorvosnak kötelező az életkor szerint esedékessé vált oltások megtörténtét ellenőrizni. Gyermeke oltásainak meglétét a következő dokumentációkkal tudja igazolni: Gyermek egészségügyi könyvében lévő oltási kiskönyv (védőoltások adatlapja) vagy a Védőoltási könyv 14 év feletti személy részére. Amennyiben nem találja az oltási könyvet, vagy elveszett, akkor a gyermek területi védőnője tudja az eddigi oltásait igazolni. Az általános iskolában kapott oltásokat (MMR, dTap, Hepatitis B elleni védőoltásokat) pedig az általános iskolában lévő iskolavédőnő tudja igazolni.

**5 éves kori orvosi státuszvizsgálati lap fénymásolatát kérjük mellékelni!**

A 15/2013 (II.26.) EMMI rendelet 4. melléklete.

Együttműködésüket köszönjük!

Tisztelettel: Iskola-egészségügyi Szolgálat

## Tisztelt Szülők!

Köszöntjük Önöket és gyermeküket az Iskola-egészségügyi Szolgálat nevében. Munkánk segítéséhez és gyermekük hatékony iskolaegészségügyi ellátásának érdekében kérjük, hogy válaszoljanak gyermekük egészségére vonatkozó néhány kérdésre.

Gyermek neve: ..... Osztálya: .....  
Születési helye, ideje: .....  
Anyja leánykori neve: .....  
Anyja telefonszáma: ..... Anya e-mail: .....  
Apa neve: .....  
Apja telefonszáma: ..... Apa e-mail: .....  
Lakcím: .....  
TAJ: ..... Probléma esetén értesítendő telefonszám: .....  
Előző iskola, óvoda neve, címe: .....  
6 éves oltás (Tetraxim) időpontja, oltóanyag száma: .....  
Amennyiben 6.-os vagy 7.-es, az évben kapott-e már oltást?( dátum, időpont).....  
Gyermekorvosuk neve, rendelő címe: .....

Területi védőnőjük neve, tanácsadó címe: .....  
Van-e gyermekének szemüvege? .....  
Van-e gyermekének valamilyen krónikus betegsége? Mi az? Hol kezelik? (pl.: asztma, cukorbetegség, szívbetegség, magas vérnyomás, epilepszia, depresszió, emésztőrendszeri betegségekstb.)

Van-e valamilyen allergiája? (**gyógyszer**, étel, virágpor, házpor, stb.) .....  
Kell-e rendszeresen gyógyszert szednie? Ha igen, miből mennyit? .....

Ortopédiai gondozás alatt áll-e? Miért? .....  
Műtétek, törések, kórház: .....  
Volt-e eszméletvesztéssel járó rosszullete?.....  
Testnevelés alól volt-e felmentése? (jár-e gyógytornára, gyógyúszásra?).....  
Nevelési Tanácsadó vizsgálta-e (ADHD, BTM, SNI, stb.).....

**A krónikus betegségekről, tanácsadóból, illetőleg a szemészeti/ortopédiai gondozásról ill. egészségével kapcsolatos egyéb lelet utolsó fénymásolatát kérem, küldjék be!**

Szokásos lázcsillapító gyógyszere: .....  
Egészségi állapot szempontjából fontos egyéb tudnivaló: .....

**Az oltási könyvet vagy annak (alap adatok és a védőoltás matricás-dátumos oldalainak) fénymásolatát szíveskedjenek az iskolába beküldeni. Az oltási könyvet az oltások ellenőrzése után visszaadjuk.**

A 18/1998. (VI.3.) NM rendelet 5. § (8) bekezdése szerint az iskolaorvosnak kötelező az életkor szerint esedékessé vált oltások megtörténtét ellenőrizni. Gyermeke oltásainak meglétét a következő dokumentációkkal tudja igazolni: Gyermek egészségügyi könyvében lévő oltási kiskönyv (védőoltások adatlapja) vagy a Védőoltási könyv 14 év feletti személy részére. Amennyiben nem találja az oltási könyvet, vagy elveszett, akkor a gyermek területi védőnője tudja az eddigi oltásait igazolni. Az általános iskolában kapott oltásokat (MMR, dTap, Hepatitis B elleni védőoltásokat) pedig az általános iskolában lévő iskolavédőnő tudja igazolni.

**5 éves kori orvosi státuszvizsgálati lap fénymásolatát kérjük mellékelni!**

A 15/2013 (II.26.) EMMI rendelet 4. melléklete.

Együttműködésüket köszönjük!

Tisztelettel: Iskola-egészségügyi Szolgálat

**Szülői nyilatkozat a fejtetvességgel kapcsolatos tájékoztatás elektronikus/nyomtatott átvételéről**

Gyermek neve: .....csoport/osztály: .....

A fejtetvesség megelőzéséről, a szűrővizsgálatokról, a kezelés módjáról, a kiszűrt esetekkel kapcsolatos eljárás rendjéről a tájékoztatást megkaptam. (Az iskola honlapján megtalálható.)

Dátum: ..... Szülő aláírása

**Nyilatkozom, hogy gyermekemnek eltitkolt testi és pszichés betegsége nincs.**

**Tudomásul veszem,** hogy gyermekem a tanulmányai alatt orvosi és védőnői (szűrő)vizsgálaton fog részt venni, és szükség esetén elsősegélynyújtásban részesülhet. Az Iskola-egészségügyi Szolgálat feladatait, résztvevőit, és a fejtetvesség megelőzéséről, szűréséről, kezelés módjáról, a kiszűrt esetekkel kapcsolatos eljárás rendjéről a tájékoztatást megkaptam, beleegyezem. (Az iskola honlapján elérhető.)

**Ezúton nyilatkozom,** hogy a IV. kerület Újpesti Egészségügyi Nonprofit Kft., mint adatkezelő szervezet Iskola-egészségügyi Szolgálatát által kezelt szülői értesítők, oltási könyv, leletek, iskolaorvosi és védőnői szűrésről szóló értesítők adatainak átvétele és megküldése gyermekem kézbesítésével, illetve elektronikusan történhet. (IER-KRÉTA, email). A tanulók személyes adatait az 1992. évi LXIII. törvénynek megfelelően kezeljük és tároljuk.

Dátum:..... Szülő aláírás

**Szülői nyilatkozat a fejtetvességgel kapcsolatos tájékoztatás elektronikus/nyomtatott átvételéről**

Gyermek neve: .....csoport/osztály: .....

A fejtetvesség megelőzéséről, a szűrővizsgálatokról, a kezelés módjáról, a kiszűrt esetekkel kapcsolatos eljárás rendjéről a tájékoztatást megkaptam. (az iskola honlapján megtalálható.)

Dátum: ..... Szülő aláírása

**Nyilatkozom, hogy gyermekemnek eltitkolt testi és pszichés betegsége nincs.**

**Tudomásul veszem,** hogy gyermekem a tanulmányai alatt orvosi és védőnői (szűrő)vizsgálaton fog részt venni, és szükség esetén elsősegélynyújtásban részesülhet. Az Iskola-egészségügyi Szolgálat feladatait, résztvevőit, és a fejtetvesség megelőzéséről, szűréséről, kezelés módjáról, a kiszűrt esetekkel kapcsolatos eljárás rendjéről a tájékoztatást megkaptam, beleegyezem. (Az iskola honlapján elérhető.)

**Ezúton nyilatkozom,** hogy a IV. kerület Újpesti Egészségügyi Nonprofit Kft., mint adatkezelő szervezet Iskola-egészségügyi Szolgálatát által kezelt szülői értesítők, oltási könyv, leletek, iskolaorvosi és védőnői szűrésről szóló értesítők adatainak átvétele és megküldése gyermekem kézbesítésével, illetve elektronikusan történhet. (IER-KRÉTA, email). A tanulók személyes adatait az 1992. évi LXIII. törvénynek megfelelően kezeljük és tároljuk.

Dátum:..... Szülő aláírás