

Rendszeresen szed-e gyógyszert? Nem Igen, éspedig: .....

Gyermekkorában volt-e valamilyen alább felsorolt fertőző betegsége?  
Bárányhimlő: Nem Igen  
Egyéb: Nem Igen, éspedig: .....

Balesete volt-e?  
Törés: Nem Igen, éspedig: .....

Agyrázkódás: Nem Igen  
Egyéb: Nem Igen, éspedig: .....

Műtétje volt-e?  
Mandula/orrmandula eltávolítás: Nem Igen  
Sérv műtét: Nem Igen  
Vakbélműtét: Nem Igen  
Egyéb: Nem Igen, éspedig: .....

Volt-e valaha, Lázgörcs: Nem Igen Nem..... Igen  
Eszméletvesztéses roszszullét Nem Igen  
Epilepszia: Nem Igen

**Amennyiben gyermeke betegsége miatt gondozás alatt áll, esetleg beilleszkedési, tanulási vagy magatartási nehézséggel küzd, vagy sajátos nevelési igényű és erről szakértői véleménnyel rendelkezik, az erről szóló dokumentáció másolatát is kérjük a kitöltött nyilatkozattal együtt leadni!**

**Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.**

1997. évi CLV. az egészségügyről szóló törvény 81.§-a kimondja, hogy a tanköteles korú gyermekek jogszabályban meghatározott esetben való szűrése kötelező. Tudomásul vettem, gyermekem iskolai jogviszonya alatt, az 51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben előírt vizsgálatok elvégzését.  
Az Iskola-egészségügyi Szolgálat működéséről szóló tájékoztatót megkaptam és tudomásul vettem.

Miskolc, 20. ....  
.....  
Szülő aláírása/ elérhetősége (tel.)

Köszönettel: Iskola-egészségügyi team

**Egészségügyi nyilatkozat**

Tanuló neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja születési neve: .....

TAJ száma: .....

Lakcíme: .....

Előző iskola neve (település megnevezésével): .....

**Háziorvos neve:** .....

Kérjük a szülőket, hogy az alábbi kérdésekre, gyermekük érdekében pontosan válaszoljanak!

Családban előforduló betegségek. (A megfelelő helyre X-et tegyenek.)

	Szív-érrendszeri betegség	Asztma	Gyomor-bélrendszeri betegség	Vese- és húgyúti betegség	Cukorbetegség	Elhízás	Idegrendszer/elméletesség	Fajlődési rendellenesség	Daganatos betegség	Csökkentés/ Csökkentés/	Nagyothalás/ süketég	Egyéb
Apai/családja												
Anyai/családja												
Testvér												

**Van-e valamilyen tartósan fennálló betegsége a gyermeknek?**

Gyógyserézőkenység: Nem Igen, éspedig: .....

Allergiás betegség: Nem Igen, éspedig: .....

Szívbetegség: Nem Igen, éspedig: .....

Magas vérnyomás: Nem Igen

Asthma: Nem Igen

Vesebetegség: Nem Igen

Cukorbetegség: Nem Igen

Mozgásszervi: Nem Igen, éspedig: .....

Egyéb: Nem Igen, éspedig: .....

Halláscsökkenés fennáll-e?: Nem Igen

Szemüvege van-e?: Nem Igen, Dioptria.....

Színtévesztő-e? Nem Igen

Gyógytestnevelésre jár-e? Nem Igen