

Szülői/ Gondviselői nyilatkozat

Kedves Szülő/Gondviselő!

Kérjük, hogy gyermeke megfelelő iskola-egészségügyi ellátásához, gondozásához töltsse ki az alábbi nyilatkozatot gyermekéről! (Amennyiben nem a válasz, kérjük kihúzni az adott sorokat!)

Tanuló neve:

Iskola neve és a tanuló osztálya:

Születési hely, idő: TAJ szám:

Anya (leánykori) neve: Tel. száma:

Apa neve: Tel. száma:

Lakcím: E-mail:

Gyógyszerérzékenység: (Ha van, mire?)

Krónikus betegségek, elváltozások gyermekénél: (pl. allergia – mire?, asztma, hallószervi, bőr-, szív-, tüdő-, vese-, máj-, pajzsmirigy-, idegrendszeri-, immunológiai-, mozgásszervi-, szem-, pszichés betegség, vérzékenység, ételallergia, epilepsia, daganat, fejlődési rendellenesség, beszédhiba, beilleszkedési nehézség, tanulási nehézség pl. dyslexia, stb.)
.....

Szemüveget visel-e a gyermek? Ha igen, dioptriája?

Rendszeresen szed-e gyógyszert a gyermeke? (Mit és mennyit?)

Milyen laz-és fájdalomcsillapító gyógyszert használnak otthon gyermekénél?

Ha járnak, a gyermek melyik betegsége miatt járnak szakrendelésre, ellenőrzésre rendszeresen? Hova járnak?

Műtétek, balesetek – ideje és oka (pl. orrandula, garatmandula, vakbél, sérv, szem, lázgöres, eszméletvesztés, agyrázkódás, görcssel járó rosszullét, stb. és komolyabb balesetek, csonttörések)
.....

Lezajlott fertőző betegségek/ bárányhimlő, kanyaró, rózsahimlő, skarlát, mumpsz, májgyulladás, egyéb:

Testnevelés (Javasoltak-e gyógytestnevelést/ könnyített-testnevelést/ felmentést?):

Gyermek háziorvosának neve, elérhetősége:

Egyéb észrevétel, közlendő gyermeke egészségi állapotáról:

Kérjük visszaküldeni gyermekével a jelen kitöltött és aláírt nyilatkozatot/tájékoztatót, illetve a gyermek 5 éves státuszvizsgálatáról fénymásolatot kérünk és a Védőoltási könyvének/ oltási igazolásának fénymásolatát (szükség esetén az iskola Titkárságán segítenek) lehetőleg zárt borítékban visszajuttatni az Iskola-egészségügy részére. Krónikus betegség esetén utolsó szakorvosi lelet fénymásolatát is kérjük csatolni! Együttműködését előre is köszönjük.

Iskola-Egészségügyi Szolgálat

Dátum:

Szülő/Gondviselő

Tanuló neve:
Születési ideje:
Iskola neve (jelen), osztály:
Ha másik iskolából érkezett, előző iskola neve és címe:

Szülői/ Gondviselői tájékoztató – Védőnői gondozási terv (általános iskolás gyerekek)

Gyermeke – tanulmányai folyamán, a hatályos jogszabályoknak megfelelően (az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Tv., az iskola-egészségügyről szóló 26/1997. (XI.3.) NM rendelet és a szűrővizsgálati 51/1997. (XII.18.) NM rendelet értelmében) - az alábbi iskola-egészségügyi ellátásban részesül az általános iskolában:

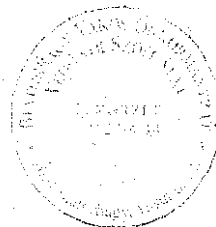
- Kötelező szűrővizsgálatok a páros évfolyamokon – 2., 4., 6., 8. osztályban és a 16 éveseknél iskolavédőnői szűrővizsgálat (testi fejlődés mérése – testsúly, testmagasság, mellkőrfogat és értékelése, érzékszervek működése – látás, színlátás, hallásvizsgálat, vérnyomásmérés, golyvaszűrés, mozgásszervek szűrése -lúdtalp, gerincelváltozások, pszichés, mentális, szociális, nemi fejlődés követése), majd belgyógyászati jellegű iskolaorvosi szűrővizsgálat.
- Kötelező védőoltások beadása az előírt korcsoportokban (jelenleg 6. és 7. osztályban) iskolaorvos által, a NNK által meghatározott időpontban.

Minden évfolyamon:

- személyi higiéné, tisztasági és tetvességi vizsgálat (negyedévente)
- iskolai helységek környezeti és higiénés ellenőrzése
- elsősegélynyújtás szükség esetén
- krónikus betegség miatt gondozottak állapotának figyelemmel kísérése, gondozása
- egészségnevelés-, fejlesztés meghatározott témakörökben (osztályfőnökkel egyeztetve)
- testnevelési csoportbesorolás (szakorvosi lelet alapján), szükség esetén iskolai sportversenyek előtti vizsgálat
- pályaválasztás segítése
- kapcsolattartás szükség szerint iskola vezetőségével, pedagógusokkal, gyógytornással, szülőkkel, háziorvossal, Szakszolgálatok munkatársaival, Gyermekjóléti Szolgálattal, stb.

Az aktuális szűrővizsgálatok/ védőoltások előtt, annak tényéről és idejéről tájékoztatjuk a szülőt/gondviselőt az iskola/osztályfőnök közreműködésével. A szűrővizsgálatokról leletet adunk, melyet gyermeke által juttatunk majd el Önhöz, melyet kérünk megőrizni. Esetleges kérdés, probléma esetén állunk rendelkezésükre előzetes egyeztetést követően.

Iskola-egészségügyi Szolgálat



A fenti tájékoztatást tudomásul vettem. Kijelentem, hogy a nyilatkozatban szereplő adatok a valóságnak megfelelnek. Gyermekeknél elítelt betegségem nincs. Gyermekeknél előző és a tanulmányi ideje alatt jelentkező egészségügyi problémáiról (betegségek, műtét, baleset, stb.), adatváltozásról az iskola orvosát és védőnőjét tájékoztatom, leletek fénymásolatát rendszeresen eljuttatom a részükre. A gondozási tervet megismertem, amely az általános iskolai tanulmányok idejére vonatkozik.

Dátum:

Szülő/Gondviselő aláírása