

Tisztelt Szülő/Gondviselő!

Tájékoztatjuk Önt arról, hogy az 51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben, valamint a 26/1997. (IX. 3.) NM rendeletben foglaltak szerint az iskola-egészségügyi ellátást valamennyi nevelési-oktatási intézményre kiterjesztve kell végeznünk. A tanulókról ki kell állítanunk az iskolások egészségügyi törzslapját, melyet az általános és középiskolában is vezet az egészségügyi team. Kérjük segítségét az anamnézis rovatok pontos kitöltésében!

Együtműködésüket köszönjük:

Dr. Korsós Judit
iskolaorvos

e-mail: iskolaorvos.gyogykozpont@paks.hu

Farkasné Tuza Melinda
iskolavédőnő

e-mail: ivedono1.gyogykozpont@paks.hu

ANAMNÉZIS LAP

Tanuló neve:	Osztálya:
Születés ideje, helye:	TAJ szám:
Anyja neve:	Apa/gondviselő neve:
Gondviselő telefonszáma:	E-mail címe:
Lakcím:	
Házi-gyermekorvos neve:	Körzeti védőnő neve:
Előző iskolája (ha nem 1. osztályt kezd)	

Egészségügyi alapadatok:

Van-e a gyermeknek krónikus betegsége (pl.: asztma, cukorbetegség, szívbetegség, epilepszia, vesebetegség, stb.)? NEM IGEN, betegsége: Kezelőorvosa:	Van-e gyermekének diagnosztizált allergiája ételre, pollenekre, fémre, leukoplasztra, jódra, stb.? NEM IGEN: mire? Allergiára szedett gyógyszer:
Volt-e gyermekének valamilyen műtete (pl. mandula, fültubus, stb.)? NEM IGEN: műtét: Műtét éve:	Volt-e gyermekének valamilyen sérülése, törése? NEM IGEN: Mikor és mi történt?
Gyógyszerérzékenysége van-e? NEM TUD RÓLA IGEN: gyógyszer neve:	Szed-e valamilyen gyógyszert rendszeresen gyermeke? NEM / IGEN, neve, adagolása:
Szemüveges? NEM Ha IGEN, szemüvege dioptriája:jobb,bal Mi okból szemüveges?.....	Gyermeke használ-e hallókészüléket? NEM / IGEN
Gondozták-e kancsalság miatt? Kórházban kezelték-e gyermekét? NEM IGEN: mikor és mi miatt?	Volt-e valamilyen kezelést igénylő oltási reakciója? NEM / IGEN
Gyermekeknél állapítottak-e meg lúdtalpat, vagy gerincferdülést?	NEM / IGEN, kezelőorvosa:

Családi anamnézis

Családban előfordult/ előforduló betegségek	
<u>Apa és családja</u>	<u>Anyja és családja</u>
TBC (gümőkór): van-nincs	TBC (gümőkór): van-nincs
Daganatos betegség: van-nincs	Daganatos betegség: van-nincs
Cukorbetegség: van-nincs	Cukorbetegség: van-nincs
Idegrendszeri betegség: van-nincs	Idegrendszeri betegség: van-nincs
Szív, érrendszeri betegség: van-nincs	Szív, érrendszeri betegség: van-nincs
Egyéb:	Egyéb:

Amennyiben gyermekük egészségi állapotában a tanév során változás állna be, kérjük, ezt jelezzék az egészségügyi team felé. A fenti adatok kezelésére csak az egészségügyi team tagjai jogosultak.

Aláírással igazolom, hogy a leírtak a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs, és a korhoz kötött kötelező védőoltásokat maradéktalanul megkapta.

Aláírással hozzájárulok, hogy gyermekemet az oktatási intézményben évente védőnői és orvosi szűrővizsgálatban részesítsék, valamint az iskolai egészségnevelő tevékenységben részt vehessen.

Paks, 2023.

Szülő/gondviselő aláírása:

Kérem, a lap másik oldalát is töltsse ki!

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT
e-mail-cím, telefonszám, mint személyes adat kezeléséhez

Adatkezelő: Paksi Gyógyászati Központ
TO-03/NEO/2388-3/2020

Tisztelt Szülő!

Annak érdekében, hogy gyermeke /törvényes képviselte alatt álló személy/ egészségügyi ellátását, kezelését biztosítani tudjuk, szükséges, hogy Önnel kapcsolatot is tartsunk és ennek érdekében az Ön személyes adatait kezeljük.

Adatkezelési tevékenységünkről az „Adatkezelési tájékoztató” részletesen rendelkezik, melyet megtalál a Paksi Gyógyászati Központ Rendelőintézeteiben és honlapján, valamint érdeklődhet róla gyermeke iskolavédőnőjétől, iskolaorvosától.

Kérjük, hogy jelen Nyilatkozat aláírásával adja meg számunkra a hozzájárulását, hogy a kapcsolattartás érdekében az Ön e-mail-címét vagy telefonszámát, vagy e-mail-címét és telefonszámát kezelhessük.

Kérjük jelölje ' X' -szel, mely adatai kezeléséhez járul hozzá:

E-mail-cím

Telefonszám

E-mail-cím és telefonszám

Hozzájárulok a fent megjelölt személyes adataim Adatkezelő (iskolavédőnő, iskolaorvos) vagy a helyettesítésére kijelölt egészségügyi személyzet általi nyilvántartásba vételéhez és kezeléséhez, **melyet az Anamnézis Lap fejlécében megadtam.**

Paks, 2023.

Szülő/törvényes képviselő aláírása: