

**EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAP ZÁRTAN KEZELENDŐ
ISKOLAEGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT RÉSZÉRE**

Tisztelt Szülő/Gondviselő!

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

A tanuló alapadatai:

Tanuló neve:	TAJ száma:
Születési hely:	Születési Idő:
Állandó lakcím:	Tartózkodási hely:
Anyja neve:	Telefon:
	E-mail:
Apja neve:	Telefon:
	E-mail:
Gondviselő neve:	Telefon:
	E-mail:
Házi-gyermekorvos neve:	Telefon:
	E-mail:

Előző iskolák adatai:

1. iskola neve, címe:.....

2. iskola neve, címe:.....

Kérjük, hogy a jelentkező tanulók az **alkalmassági vizsgálatra (0014-es kódú technikumba jelentkező tanulók esetében a vizsgálat időpontja: 2026. május 27.) illetve a gimnáziumba jelentkező tanulók a beiratkozásra (2026. június 25.)** hozzák magukkal az alábbi egészségügyi dokumentumok **FÉNYMÁSOLATÁT**:

- gyermek-egészségügyi kiskönyvből a **kötelező 6.-7. osztályban kapott védőoltások igazolását - fénymásolatban**

- egy évnél nem régebbi **szemész szakorvosi / vagy optometrista vizsgálati leletet: éleslátás, színlátás vizsgálata**

- a kitöltött és szülő által aláírt **adatlapot** (1-3 oldal)

- **8.osztályos szűrővizsgálat eredményét**

Ha a tanév során a tanuló egészségi állapotában változás állna be, kérjük, hogy az aktuálisegészségügyi dokumentációt juttassák el részünkre.

Az egészségi állapotra vonatkozó adatok kezelésére csak az egészségügyi szolgálat tagjai jogosultak.

Együttműködését előre is köszönjük. Tisztelettel:

Dr. Rác Fodor Anna
iskolaorvos

Gápelne Patkós Éva
ifjúsági védőnő

Budapest, 2026/2027 tanév

Tájékoztatom, hogy gyermeke orvosi vizsgálatra és védőnői szűrővizsgálatra kötelezett az **1997. évi CLIV.** Egészségügyi Törvényben-, az **51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben-**, és a **26/1997. (IX. 3.) NM rendeletben-**, **33/1998 NM (VI.24)** rendeletben meghatározottak szerint. A vizsgálatok helyszíne az iskola orvosi rendelője.

Dátum:.....

.....
Szülő/ gondviselő aláírása

Tanuló neve, osztálya:.....

A tanuló egészségügyi alapadatai: válaszadaskor az „igen”-t vagy a „nem”-et „X”-szel szíveskedjék jelölni!	igen	nem	Amennyiben a válasz igen, a betegség megnevezése. A betegség kezdete? Jelenleg is fennáll-e?
betegség: gerinc, végtagok, ízületek (pl. gerincferdülés, lúdtalp, ízületi gyengeség,...):			milyen korrekció történt/történik:
sérülés: gerinc, végtagok, ízületek, mellkasi-,hasi sérülés, törés, rándulás, ficam)			
Szív, keringési rendszer betegsége (pl. szívzörej, ritmuszavar, fejlődési rendellenesség, magas vérnyomás, ...):			
Asztma, tüdőbetegség (pl. gyakori tüdőgyulladás, mellhártyagyulladás, légmell...):			
Idegrendszer betegsége: pl.epilepszia, pszichiátriai betegség: (pl. pánikbetegség, idegkimerültség, depresszió, szorongás, játékszenvedély, drogfogyasztás, egyéb)			állapot/betegség neve: gyógyszer neve:
Egyéb: pl. fejfájás, szédülés, migraine, nő- gyógyászati problémák, írási-,olvasási-, beszédzavar, számolási probléma,			
Hormonális: pajzsmirigy, nőgyógyászati problémák			
Idült bőrbántalom (pl. ekcéma, pikkelysömör,...)			
Máj, vese, gyomor, pajzsmirigy betegsége:			
Veleszületett, szerzett fejlődési elváltozások			
Halláskárosodott-e, hallókészüléket visel-e?			
COVID-19 védőoltások			oltások időpontja:
COVID-19 megbetegedés			megbetegedés időpontja:
Cukorbetegség			gyógyszer neve:
Rendszeres/időszakos gyógyszerszedés: Milyen betegségre szedi?			gyógyszer neve: adagolása:
Allergia (gyógyszer, táplálék, egyéb),szénanátha			gyógyszer és betegség neve:
Gyógytestnevelés en való részvétel előző iskolában			okai:
Szemüveg , kontaktlencse viselése			Dioptria: jobb szem: bal szem: színtévesztés: igen / nem
Műtétek okai, időpontjai:			

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

Dátum:

.....

Szülő/gondviselő aláírása