**BGSZ-Bánki Donát Technikum**

**1138 Budapest Váci utca 179.-183.**

**Iskola-egészségügyi adatlap**

**1. Személyi adatok**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Név |  | TAJ szám |  |
| Szül. hely |  | Szül. idő |  |
| Anyja neve |  | Elérhetősége |  |
| Apja neve |  | Elérhetősége |  |
| Lakóhely |  | Tartózkodási hely |  |
| Előző iskola címe: |  | | |

**2. Háziorvos neve**

elérhetősége:

**3. ALLERGIA** (gyógyszer, étel, vegyszer, egyéb):

Tünete: Gyógyszer:

4. Veleszületett fejlődési rendellenesség:

NINCS VAN:

**5. Fertőző betegségek** (bárányhimlő, rubeola, mumpsz):

**6. Nem fertőző betegségek** (reumás láz, egyéb):

**7. Kórházi kezelések, műtétek, balesetek:**

Dátum: Ok:

**8. Krónikus betegségek:** NINCS VAN

Aláhúzni: szív-érrendszeri betegség, vérképzőszervi betegségek, cukorbetegség/diabetes, ételallergia, szénanátha, asztma/asthma, vesebetegség, epilepszia, golyva, növekedés és súlybeli

elmaradás, mozgásszervi elváltozás, látás-hallás problémák, bőrgyógyászati betegségek, egyéb:

UTOLSÓ LELETET ÉS ZÁRÓJELENTÉS MÁSOLATÁT KÉRJÜK BEKÜLDENI!

**9. Rendszeresen szedett gyógyszerek:**

**10. Volt-e testnevelés alól tartós felmentése** (félév+), gyógytestnevelésre jár-e? Ha igen, miért, hová?

**11. Szemüveget/kontaktlencsét visel-e**

(dioptria)?:

**12. Színtévesztő-e?** Ha igen, melyik színt érinti?

**13. Mit sportol szabadidejében?**

**14. Sajátos nevelési igényű pedagógiai ellátásban részesül/t-e a tanuló?** IGEN NEM

**Családi anamnézis (szülők, nagyszülők, testvérek)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Betegség** | **Anya családja** | **Apa családja** | **Testvér** |
| Szív-érrendszeri betegség (magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés) |  |  |  |
| Allergia, asztma |  |  |  |
| Krónikus gyomor-bélrendszeri betegség |  |  |  |
| Krónikus vese- és húgyúti betegség |  |  |  |
| Cukorbetegség/*Diabetes* |  |  |  |
| Elhízás |  |  |  |
| Idegrendszeri/elmebetegség |  |  |  |
| Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség |  |  |  |
| Daganatos betegség |  |  |  |
| Csökkentlátás/vakság |  |  |  |
| Nagyothallás/süketség |  |  |  |
| Egyéb |  |  |  |

ALULÍROTT (Szülő/Gondviselő neve) büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti nyilatkozatban foglaltak a valóságnak megfelelnek, a tanuló egészségügyi állapotával kapcsolatban nem titkolok el semmiféle betegséget, információt.

Budapest, ……………….

………………………………………….

Szülő/Gondviselő aláírása

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ifjúsági orvos: |  | Ifjúsági védőnő: |
| ………………………………. |  | …………………………... |
| Dr. Rácz Fodor Anna |  | Mészáros Mónika |