

Anamnézis lap új, középiskolai felvételre került tanuló egészségi állapotának felmérésére

Tisztelt Szülők/Gondviselők!

A kötelező iskolaorvosi vizsgálatok során szeretnénk pontos, a gyermekük egészségi állapotát érintő információt megtudni. Ezért kérjük, hogy minden kérdésre válaszolva, töltsék ki gyermekükre vonatkozóan az alábbi kérdőívet, segítve az iskolai alkalmasság, valamint a testnevelési csoportbesorolás megállapításához szükséges döntésünket.

Első orvosi vizsgálaton – időpontot biztosítva - csak szülővel/gondviselővel érkező gyermeket vizsgálunk!

Köszönettel:

Dr. Szabó Károly
ifjúsági iskolaorvos

.....
ifjúsági védőnő

Személyes adatok:

A tanuló neve.....választott szak:.....
Születési hely.....szül. idő.....év.....hónap.....nap.....
Apja/gondviselő neve.....Elérhetősége: Tel.:Email:
Anyja leánykori neve..... Elérhetősége: Tel.:Email:
Lakcím.....
TAJ szám.....
Háziorvosának neve.....elérhetősége (Tel:.....Email:.....

Egészségügyi állapot:

- Gyermeke születése körül volt- e valamilyen probléma, ha igen, mi volt az? **Húzza alá, és/vagy egészítse ki!**
- Igen, (koraszülött, kis súlyú újszülött, újraélesztették, sárgaság, oxigén hiány)
- Nem
- Gyermeke fejlődésében volt- e valamilyen zavar, ha igen, mi volt az? **Húzza alá, és/vagy egészítse ki!**
- Igen, (testsúly elmaradás, felszívódási zavar, mozgás fejlődés elmaradása, beszédfejlődés?)
- Nem
- Gyermeke milyen fertőző betegségeken esett át, ha igen, mi volt az? **Húzza alá, és/vagy egészítse ki!**
- Igen, (bárányhimlő, skarlát, rózsahimlő, mumpsz, agyhártyagyulladás egyéb)
- Nem
- Gyermeke volt- e eszméletvesztéssel - néhány másodpercig, vagy percekig tartó – azzal járó rosszullete? **Húzza alá!**
- Igen, (izom/végtag rángással, lázzal együtt, balesetet – fejsérülést- követően) egyéb.....
- Nem
- Gyermekeit gondozzák-e krónikus betegség miatt? Rendszeresen jár orvosi ellenőrzésre? **Húzza alá, és/vagy egészítse ki!**
- Igen, (látás, hallás, anyagcsere, mozgásszervi, szív, tüdő, bélrendszeri, idegrendszeri, magatartási betegséggel)
A betegség neve..... Gondozóhely.....
- Nem
- Gyermeke áll(t)-e gyógyszeres kezelés alatt? (1 hónapnál hosszabb ideig szedett.) **Húzza alá, és/vagy egészítse ki!**
Ha igen, akkor miért, és milyen betegséggel összefüggésben és milyen recept és recept nélküli gyógyszert szed?
- Igen, gyógyszerek felsorolása.....
- Nem
- Gyermeke állt-e kórházi, szakrendelői, vagy háziorvosi kezelés alatt? Ha igen, mióta és miért? **Egészítse ki!**
- Igen, kezelés oka..... dátum(mióta).....
- Nem
- Gyermeke volt-e bármilyen műtete (i) (pld: mandula, vakbél, baleset után stb.) **Húzza alá, és/vagy egészítse ki!**
- Igen, műtét oka..... dátum(mikor).....
- Nem

9. Gyermekének volt-e bármilyen csonttöréssel (végtag, borda, fej) járó balesete? **Húzza alá, és/vagy egészítse ki!**
 - Igen baleset oka..... baleset dátuma.....
 - Nem
10. Magyarországon kötelező oltási rend szerint gyermeke megkapta a védőoltásokat? **Húzza alá, és/vagy egészítse ki!**
 - Igen igazolása, dokumentációja: oltási kiskönyv, elektronikus, egyéb:
 - Nem melyik oltást nem kapta meg..... oka.....
11. Gyermeke Tetanusz toxoidot kapott-e az utóbbi fél évben? (szennyeződéses sérülés után) **Húzza alá, és/vagy egészítse ki!**
 - Igen időpontja.....oka.....
 - Nem
12. Gyermekeinek bármely oltás beadása után volt-e reakciója és/vagy szövődménye? **Húzza alá, és/vagy egészítse ki!**
 - Igen. konkrétan oltási allergia, kiütés, láz
 - Nem
13. Gyermekeinek ismert-e allergiája, vagy/és bármilyen gyógyszer, étel, pollen, állatizőr érzékenysége? **Egészítse ki!**
 - Igen konkrét megnevezése: Epipen szüksége:
 - Nem
14. Lányoknál az első menstruáció időpontja.....rendszeres/rendszertelen. **Egészítse ki!**
15. Gyermeke visel-e szemüveget, hallásjavító eszközt, bármilyen beültetett protézist vagy eszközt? **Egészítse ki!**
 - Igen gyógyászati segédeszköz megnevezése:
 - Nem
16. Van-e olyan tanulási - SNI, BTMN - vagy lelki problémája, ami gondozást, fejlesztést igényel?
 - Igen Gondozói határozat időpontja: Gondozó tevékenysége:..... **Egészítse ki!**
 - Nem
17. Gyermekeinek van-e rendszeres sport tevékenysége? (heti rendszerességű fizikai aktivitás) **Egészítse ki!**
 - Igen: Mióta..... Mit:Hol:
 - Nem:
18. Színtévesztése van-e? **Húzza alá, és/vagy egészítse ki!**
 - Igen Ki állapította meg?
 - Nem
19. Testnevelésből felmentett volt -e, gyógytestnevelésre járt-e? **Húzza alá, és/vagy egészítse ki!**
 - Igen, oka: Igen, oka:
 - Nem
20. Halláscsökkenés, szédülés, egyensúlyzavar van -e? **Húzza alá és/vagy egészítse ki!**
 - Igen betegsége:
 - Nem
21. Szemüveget visel-e, látása szemüveggel korrigálható? **Húzza alá, és/vagy egészítse ki!**
 - Igen szembetegségét ki állapította meg? utolsó kontroll vizsgálat időpontja:
 szemüveg/kontaktlencse jellemzője: rövidlátásra, távollátásra, kancsalságra, stb:
 - Nem

Törvényes Szülői/Gondviselői Nyilatkozat!

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy gyermekem egészségi állapotáról teljeskörű felvilágosítást adtam, semmilyen, általam ismert betegségét nem titkolom el. Nyilatkozom, hogy gyermekemnél az alábbi betegségek nem állnak fenn. Szív-érrendszeri, magasvérnyomás, mozgásszervi (reumatológiai, ortopéd) betegség, pszichiátriai betegség; bőrbetegség, beszédhiba, gyomor-bélrendszeri betegség, látás és hallás betegség, epilepszia; tüdőasztma, pajzsmirigy és más hormon, cukorbetegség, emésztőszervi betegség, daganatos betegség, szédülés, tériszony, vegyszer-étel-pollen allergia, színlátás zavara.

Dátum.....

.....
**Törvényes
 Szülő/Gondviselő aláírása**