

TISZTELT SZÜLŐK, KEDVES DIÁKOK!

Szeretnénk bemutatni az Iskola-egészségügyi Szolgálat munkáját!

Az iskola-egészségügyi ellátás tagjai: az *iskolaorvos* és az *ifjúsági védőnő*.

Munkánk célja: a panaszt még nem okozó elváltozások felfedezése, szűrése és a betegségek kialakulásának megelőzése. Az 1997. CLIV.Tv. 81§ (3.), az 51/1997. (XII.18.) NM rendelet, a 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet és a 26/1997. (IX.3.) NM rendelet alapján a **tanulók kötelező szűrővizsgálatokon vesznek részt a 8., 10. és 12. évfolyamokon.** (*érzékszervek működésének ellenőrzése, mozgásszervek vizsgálata, belgyógyászati vizsgálat stb.*)

A szűrés alapján végezzük a *tanulók gondozását*, valamint a *testnevelési, és gyógytestnevelési besorolását*.

A talált elváltozások miatt szakorvosi vizsgálatra javaslatot és beutalót kapnak a tanulók.

Kérjük Önöket, hogy szorgalmazzák a vizsgálatok (ill. kontroll vizsgálatok) mielőbbi elvégzését és utána a vizsgálat eredményének visszajutását hozzánk! Gyermekük egészségével, kapcsolatos kérdéseikkel – kéréseikkel megkereshetnek bennünket az iskola telefonszámán.

A következő oldalakon néhány a gyermekük, illetve szűkebb családjuk egészségére vonatkozó kérdéseket tettünk fel. Kérjük ezekre, pontosan adják meg a választ!

A pontos kitöltésre a következők miatt van szükség:

- ✓ az esetleges egészségügyi problémákra – betegségekre jobban oda tudjunk figyelni,
- ✓ a tanulót milyen típusú testnevelési órára soroljuk be (könnyített testnevelés – gyógytestnevelés – teljes felmentés)
- ✓ van-e szüksége további gondozásra, annak mi legyen a folyamata.

A fentiekben leírt feladataink miatt kérjük, jelezzék felénk, ha a tanulóévek alatt komolyabb egészségügyi probléma, betegség, műtét, baleset, kórházi, ill. hosszabb gyógyszeres kezelés történik, vagy ha visszatérő probléma jelentkezik!

Betegellátást csak elsősegély jelleggel végzünk, betegség esetén forduljanak az illetékes háziorvoshoz!

Az Iskola-egészségügyi Szolgálat működéséről és a szűrővizsgálatokról szóló tájékoztatást megkaptam, tudomásul vettem.

.....

Szülő aláírása

Egészségügyi adatlap

Név:

Lakcím:

Születési hely-, idő:

Édesanyád lánykori neve:

TAJ szám:

Házi orvosod neve, telefon száma:

Szülő/gondviselő telefonszáma, e-mail címe:

Előző iskolád neve, címe:

Kérjük behozni a tanév elején:

- az alábbi nyilatkozatot kitöltve, aláírva
- Korábbi/ jelenlegi betegségről, balesetről (zárójelentést, ambuláns lapot, leletet fénymásolva)
- Szemészeti vizsgálati eredményét, ha szemüveget viselsz (1 évnél nem régebbi másolatot)
- Oltási könyv (gyermek-egészségügyi könyv)

Dr. Horváth Éva s.k.
Iskolaorvos

Tomasits Szilvia s.k.
Ifjúsági Védőnő

NYILATKOZAT a tanuló egészségi állapotáról

Kedves szülők, kérjük az alábbi kérdésekre pontosan, adják meg válaszaikat!

	Nem	Igen
Allergia (szénanátha, pollen stb.)?		
Asztma?		
Bőr betegségek (ekcéma, pikkelysömör stb.)?		
Szemészeti betegségek (rövidlátás, távollátás, kancsalság, egyszemű látás stb.)?		
Visel-e, viselt-e szemüveget vagy kontaktlencsét?		
Szintévesztő?		
Fülészeti betegségek (halláscsökkenés, sükettség, tubus stb.)?		
Hallókészüléket visel-e?		
Idegrendszeri betegségek (SM, gyulladás, veleszületett eltérés stb.)?		
Epilepszia?		
Szívbetegség, ritmuszavar, magas vérnyomás?		
Gyomor és bélrendszeri betegségek (reflux, gyulladós bélbetegség, lisztérzékenység, felszívódási zavarok stb.)?		
Anyagcsere és hormonbetegségek (cukorbetegség, pajzsmirigy, növekedési hormon hiány stb.)?		
Mozgásszervi betegségek (gerincferdülés, gyulladás, baleset, műtét stb.)?		
Egyéb, fent nem említett betegség, kezelés, műtét:		
Logopédus kezelés, beszédzavar?		
Pszichológus vagy pszichiáter kezelte/kezeli-e? (pánikbetegség, depresszió stb.)		
Iskolai képességzavar (SNI, BTMN)?		
Ismert gyógyszerérzékenység: (ha igen, mire?)		
Rendszeresen szedett gyógyszer(ek):		
Egyensúlyzavar, tériszony ismert-e?		

Felhívjuk a Szülő/Tanuló figyelmét, hogy egészségügyi problémája a munkavállalás idején korlátozó tényező lehet.

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek eltitkolt betegsége, ill. eltitkolt betegségem nincs.

.....
Szülő aláírása

.....
Tanuló aláírása

A CSALÁD EGÉSZSÉGÉRE VONATKOZÓ AKTUÁLIS ADATOK

Kérjük, tegyen egy „X” jelet, ha valamely betegség előfordult már Önöknél, illetve a családjukban!

Betegség	Apa, ill. családja	Anyja, ill. családja	Testvér/e k
<u>Szív-, érrendszeri betegség</u> (magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés)			
<u>Allergia, asztma</u> (szénanátha, ekzéma)			
<u>Krónikus gyomor-bélrendszeri betegség</u> (epekö, májbet, fekély, bélgyull.)			
<u>Krónikus vese- és húgyúti betegség</u> (vesekő, húgyvezeték tágulat; gyull.)			
<u>Cukorbetegség</u>			
<u>Elhízás</u>			
<u>Idegrendszeri/Elmebetegség</u> (depresszió, epilepszia, pánikbetegség)			
<u>Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség</u> (mozgásszervi-, szívbetegség, Down kór, vérzékenység)			
<u>Daganatos betegség</u>			
<u>Csökkenlátás/vakság</u> (szemüvegviselés, optikai hiba)			
<u>Nagyothallás/Sükettség</u> (fülműtét, tubus)			
<u>Egyéb betegség</u>			

Köszönjük együttműködésüket!