

Kedves Szülők!

Kérem Önöket, hogy a nyár folyamán legyen szívesek beszerezni **házi gyermekorvosuktól** az „**Adatlap a fejlődési szint megítéléséhez az iskolai felkészítés elősegítésére**” elnevezésű **státuszlapot (5 éves státusz)**, melyet az orvos a védőnő szűrése alapján a gyermek 5 éves korában **töltött ki** (természetesen ha már megkapták, nem kell újra elkérni).

Az adatlap kitöltése a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet szerint kötelező és az iskola-egészségügyi dokumentációhoz szükséges. **Fénymásolat elegendő** a kétoldalas nyomtatványról.

Szeptemberben fogom kérni a **védőoltások** igazolásával együtt. Az oltási könyvből a védőoltások matricás, dátumos oldalainak fénymásolatát is kérem.

Köszönettel: Bobál Attiláné Bea iskolavédőnő
06 70 618 5255

Köszönjük Önöket és gyermeküket az Iskola-egészségügyi Szolgálat nevében. Munkánk segítéséhez kérem, hogy válaszoljanak gyermekük egészségére vonatkozó néhány kérdésre. Erre azért van szükség, hogy gyermekük esetleges egészségügyi problémáira, betegségeire tanulmányai alatt jobban tudjunk figyelni, és kritikus helyzetben gyorsan tudjunk cselekedni.

Iskola-egészségügyi munkánk célja a betegségek kialakulásának megelőzése, illetve a szűréseken panaszt még nem okozó elváltozások felfedezése, a későbbi károsodások elkerülése.

Tanulóink védőnői szűrővizsgálaton (súly, magasság, vérnyomás, látás-hallás, színlátás), orvosi vizsgálaton (torok, szív, tüdő, csontrendszer) vesznek részt. A talált elváltozások miatt szakorvosi vizsgálatra is kaphatnak javaslatot. Kérem, szorgalmazzák ezen vizsgálatok elvégzését és a kapott lelet visszajuttatását hozzánk.

Tudomásul veszem, hogy gyermekem a tanulmányai alatt védőoltásban részesül, orvosi vizsgálaton, védőnői szűrővizsgálaton vesz részt. Beleegyezem gyermekem elsősegély-jellegű gyógyszerelésébe (pl. lázcsillapítás) és baleseti ellátásába.

Ezúton nyilatkozom, hogy a Dunakeszi Egészségügyi és Szociális Nonprofit Kft. mint adatkezelő szervezet Iskola-egészségügyi Szolgálatával által kezelt szülői értesítők, oltási könyv, iskolaorvosi és védőnői szűrésről szóló értesítő adatainak megküldése

gyermekem kézbesítésével történjen / általam történjen, tehát személyen veszem át.

(Kérjük, a megfelelőt húzza alá!)

Gyermek neve: Szülő neve, aláírása:

Dátum:

Együttműködésüket köszönjük! Tisztelettel: az Iskola-egészségügyi Szolgálat

ADATLAP

Gyermek neve:

Osztály:

Születési hely, idő:

Lakcím:

Apja neve:

Telefonszáma:

Anyja leánykori neve:

Telefonszáma:

Gyermek TAJ-száma:

Házi gyermekorvos neve:

Áll-e gondozás alatt?

allergia (étel? pollen?), szív, vese, tüdő, cukorbetegség, orthopédiai elváltozás miatt *(kérem aláhúzni)*

Krónikus betegsége:

(kérem az utolsó kontrollvizsgálat fénymásolatát)

Gyógyszerei:

Gyógyszerérzékenysége:

Volt-e balesete, műtété?

Szemüveget visel:

igen

nem

Dioptria:

A fejtetvesség megelőzéséről, szűréséről, a kezelés módjáról, a kiszűrt esetekkel kapcsolatos eljárás rendjéről a tájékoztatást megkaptam (az iskola honlapján elérhető).

Dr. Ercsei Katalin gyermekorvos, Bobál Attiláné Bea iskolavédőnő

Ezt a dokumentumot kinyomtatva, kitöltve, aláírva kérem az előzőekben felsorolt (5 éves státusz, oltási könyv) nyomtatványokkal együtt visszaküldeni.