

Tisztelt Szülő/Gondviselő!

Tájékoztatjuk Önt arról, hogy az 51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben, valamint a 26/1997. (IX. 3.) NM rendeletben foglaltak szerint az iskola-egészségügyi ellátást valamennyi nevelési-oktatási intézményre kiterjesztve kell végeznünk. A tanulókról ki kell állítanunk az iskolások egészségügyi törzslapját, melyet az általános és középiskolában is vezet az egészségügyi team. Kérjük segítségét az anamnézis rovatok pontos kitöltésében!

Együttműködésüket köszönjük:

Dr. Korsós Judit
iskolaorvos
e-mail: iskolaorvos@pgyk.hu

Pámer Ágnes
iskolavédőnő
e-mail: ivedono3@pgyk.hu

ANAMNÉZIS LAP

Tanuló neve:	Osztálya:
Születés ideje, helye:	TAJ szám:
Anya születési neve:	Apa/gondviselő neve:
Gondviselő telefonszáma:	E-mail címe:
Lakcím:	
Házi-gyermekorvos:	Területi védőnő:
Előző iskolája (ha nem 1. osztályt kezd)	

Egészségügyi alapadatok:

Van-e a gyermeknek krónikus betegsége (pl.: asztma, cukorbetegség, szívbetegség, epilepszia, vesebetegség, stb.)? NEM IGEN, betegsége: Kezelőorvosa:	Van-e gyermekének diagnosztizált allergiája pl.: ételre, olajosmagvakra, pollenekre, jódra, stb.? NEM / IGEN: mire? Allergiára szedett gyógyszer: Szüksége van-e a gyermeknek súlyos allergiás reakciókor használható gyógyszerre, Pl.: EpiPen inj.? IGEN / NEM
Volt-e gyermekének valamilyen műtété (pl. mandula, fültubus, stb.)? NEM IGEN: műtét: Műtét éve:	Szed-e valamilyen gyógyszert rendszeresen gyermeke? NEM / IGEN, neve, adagolása:
Gyógyszerérzékenysége van-e? NEM TUD RÓLA IGEN: gyógyszer neve:	Volt-e gyermekének valamilyen sérülése, törése? NEM / IGEN: Mikor és mi történt?
Szemüveges? NEM Ha IGEN, szemüvege dioptriája: jobb, ...bal Mi okból szemüveges?..... Gondozták-e kancsalság miatt?	Gyermeke használ-e hallókészüléket? NEM / IGEN
Kórházban kezelték-e gyermekét? NEM IGEN: mikor és mi miatt?	Volt-e valamilyen kezelést igénylő oltási reakciója? NEM / IGEN
Gyermekeknél állapítottak-e meg lúdtalpat, vagy gerincferdülést? ➡	NEM / IGEN, kezelőorvosa:

Családi anamnézis

Családban előfordult/ előforduló betegségek

<u>Apa és családja</u>	<u>Anyá és családja</u>
TBC (gümőkór): van-nincs	TBC (gümőkór): van-nincs
Daganatos betegség: van-nincs	Daganatos betegség: van-nincs
Cukorbetegség: van-nincs	Cukorbetegség: van-nincs
Idegrendszeri betegség: van-nincs	Idegrendszeri betegség: van-nincs
Szív, érrendszeri betegség: van-nincs	Szív, érrendszeri betegség: van-nincs
Egyéb:	Egyéb:

Amennyiben gyermekük egészségi állapotában a tanév során változás állna be, kérjük, ezt jelezzék az egészségügyi team felé. A fenti adatok kezelésére csak az egészségügyi team tagjai jogosultak.

Aláírással igazolom, hogy a leírtak a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs, és a korhoz kötött kötelező védőoltásokat maradéktalanul megkapta.

Aláírással hozzájárulok, hogy gyermekemet az oktatási intézményben kétfévente védőnői és orvosi szűrővizsgálatban részesítsék 2. osztályos kortól, valamint az iskolai egészségnevelő tevékenységben részt vehessen.

Paks, ...

Szülő/gondviselő aláírása:

Kérem, a lap másik oldalát is töltsse ki!

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT
e-mail-cím, telefonszám, mint személyes adat kezeléséhez

Adatkezelő: Paksi Gyógyászati Központ
TO-03/NEO/2388-3/2020

Tisztelt Szülő!

Annak érdekében, hogy gyermeke /törvényes képviselte alatt álló személy/ egészségügyi ellátását, kezelését biztosítani tudjuk, szükséges, hogy Önnel kapcsolatot is tartsunk és ennek érdekében az Ön személyes adatait kezeljük.

Adatkezelési tevékenységünkéről az „Adatkezelési tájékoztató” részletesen rendelkezik, melyet megtalál a Paksi Gyógyászati Központ Rendelőintézeteiben és honlapján, valamint érdeklődhet róla gyermeke iskolavédőnőjétől, iskolaorvosától.

Kérjük, hogy jelen Nyilatkozat aláírásával adja meg számunkra a hozzájárulását, hogy a kapcsolattartás érdekében az Ön e-mail-címét vagy telefonszámát, vagy e-mail-címét és telefonszámát kezelhessük.

Kérjük jelölje ' X' -szel, mely adatai kezeléséhez járul hozzá:

E-mail-cím ☐

Telefonszám ☐

E-mail-cím és telefonszám ☐

Hozzájárulok a fent megjelölt személyes adatom Adatkezelő (iskolavédőnő, iskolaorvos) vagy a helyettesítésére kijelölt egészségügyi személyzet általi nyilvántartásba vételéhez és kezeléséhez, **melyet az Anamnézis Lap fejlécében megadtam.**

Dátum:.....

Szülő/törvényes képviselő aláírása: