

Tisztelt Szülők!

Köszöntjük Önöket és gyermeküket az Iskola-egészségügyi Szolgálat nevében. Iskolánkba való beiratkozáshoz egészségügyi alkalmassági vizsgálatra van szükség.

A vizsgálaton az orvos azokat a súlyos rendellenességeket szűri, melyek a faipari technikus, vagy dekoratív szakma tanulását kizárják. Az orvosi vizsgálatra a felvételi eljárást követően kerül sor, ezért kérjük, hogy az alábbi szülői nyilatkozatot szíveskedjenek kitölteni és a vizsgálatra magukkal hozni.

További felvilágosítást a kozma.vedono@ujpestiszakrendelo.hu e-mail címen keresztül kérhetnek.

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

Gyermek neve:..... Osztálya, szak:.....

Születési helye, ideje:.....

Anyja leánykori neve:..... Anyja tel.szám:..... Anya e-mail:

Apja neve:..... Apja tel.szám..... Apa e-mail:.....

Lakcím:.....

TAJ: Probléma esetén értesítendő telszám:.....

Előző iskola, neve, címe:

6. osztályos korban kapott dT oltás időpontja, oltóanyag száma:.....

6.osztályos korban kapott MMR oltás időpontja, oltóanyag száma:.....

7. osztályos korban kapott Hepatitis B (Engerix) oltás első időpontja, oltóanyag száma:.....

7. osztályos korban kapott Hepatitis B (Engerix) oltás második időpontja, oltóanyag száma:.....

Gyermekorvosuk neve, rendelő címe:

Van-e gyermekének szemüvege?

Van-e gyermekének valamilyen krónikus betegsége? Mi az? Hol kezelik? (pl.: asztma, cukorbetegség, szívbetegség, magas vérnyomás, epilepszia, depresszió stb.).....

Van-e valamilyen allergiája? (**gyógyszer**, étel, virágpor, házipor, stb.).....

Kell-e rendszeresen gyógyszert szednie? Ha igen, miből mennyit?

Ortopédiai gondozás alatt áll-e? Miért?.....

Műtétek, törések, kórház:

A betegséget alátámasztó friss orvosi leletet fénymásolatát kérem, küldjék be! Illetve krónikus betegség esetén a választott képzési pályára vonatkozó háziorvosi vagy szakorvosi vélemény csatolására van szükség. A krónikus betegségekről, illetőleg a szemészeti/ortopédiai gondozásról az utolsó lelet fénymásolatát kérem, küldjék be!

Szokásos lázcsillapító gyógyszere:.....

Egészségi állapot szempontjából fontos egyéb tudnivaló:.....

Gyermekre vonatkozó szülői nyilatkozat

Elváltozások megnevezése, amely kizáró ok lehet, szakorvosi vélemény szükséges:	Van/Igen	Nincs/Nem
- fül halláscsökkenése és beszédértés zavara		
- gyenge fejlettség és izomerő		
- szívbetegség – kardiológiai vélemény szükséges		
- Krónikus vesebetegségek		
- Krónikus légzőszervi megbetegedés		
- epilepszia – neurológiai vélemény szükséges		
- statikai rendszer rendellenességei, súlyos ortopédiai elváltozás (gerincet, végtagokat érintő) – ortopédiai vélemény szükséges		
- súlyos látáscsökkenés (+/- 6 dioptria felett) és egyéb esetekben		
- Krónikus otitis		
- Idült bőrbetegség		
- Nystagmus		
- arc, és kéz torzító elváltozásai		
- szintézisvesztés		

- Beszédhiba		
- Nevelési Tanácsadó vizsgálta ADHD, BTM, SNI, stb. Megfelelőt aláhúzni! Szakorvosi , tanácsadói véleményt kérnének mellékelni!		
Gyermeke valamilyen egyéb betegség miatt áll-e gondozás alatt? Pl.: szemüveges, vesebetegség, asztma, allergia, magas vérnyomás, bőrbetegség, depresszió, emésztőrendszeri betegség stb. Amennyiben igen: zárójelentést, legutóbbi szakorvosi lelet másolatát kérjük!		
Volt-e eszméletvesztéssel járó rosszulléte?		
Testnevelés alól volt-e felmentése? (Jár-e gyógytornára, gyógyúzásra?)		

Családi anamnézis (x-el jelölje az előfordulását)

Betegség	Apa/családja	Anya/családja	Testvérek	Nagyszülők	Közeli rokonok
Szív-, és érrendszeri betegségek					
Légzőszervi betegségek (allergia, asztma)					
Krónikus gyomor-bélrendszeri betegség					
Krónikus vese- és húgyúti betegségek					
Cukorbetegség					
Elhízás					
Idegrendszeri/elme betegség					
Fejlődési rendellenességek, öröklődő betegség					
Daganatos betegség					
Csökkentlátás/vakság (csak 7 dioptria felett)					
Nagyothallás/süketség (csak hallókészülék esetén)					
Egyéb					

Amennyiben gyermekem felvételt nyer a BKSZC Kozma Lajos Faipari és Kreatív Technikumba, úgy tudomásul veszem, hogy a május ill. június során megtartásra kerülő orvosi alkalmassági (munkaegészségügyi) vizsgálaton gyermekem köteles megjelenni az iskolában és annak eredményének függvényében iratkozhat be az intézménybe.

Beiratkozási vizsgálatához elengedhetetlen dokumentumok az alábbiak:

- **Védőnői igazolás a 8. osztályos szűrővizsgálatok eredményéről.**
- **A krónikus betegségekről, illetőleg a szemészeti/ortopédiai gondozásról az utolsó lelet fénymásolatát kérnének, küldjék be!**
- **Az oltási kiskönyv fénymásolatát kérnének szépen és az oltási könyvet szíveskedjenek az iskolába is behozni, a kötelező oltások ellenőrzése után visszaadjuk.**

A 18/1998. (VI.3.) NM rendelet 5. § (8) bekezdése szerint az iskolaorvosnak kötelező az életkor szerint esedékessé vált oltások megtörténtét ellenőrizni. Gyermeke oltásainak meglétét a következő dokumentációkkal tudja igazolni: *Gyermek egészségügyi könyvében lévő oltási kiskönyv* (védőoltások adatlapja) vagy a *Védőoltási könyv 14 év feletti személy részére*.

Amennyiben nem találja az oltási könyvet, vagy elveszett, akkor a gyermek területi védőnőjétől lehet újat igényelni, és abban az eddigi oltásait igazolni. Az általános iskolában kapott oltásokat (MMR, dTap, Hepatitis B elleni védőoltásokat) pedig az általános iskolában lévő iskolavédőnő tudja igazolni.

Nyilatkozom, hogy gyermekemnek eltitkolt testi és pszichés betegsége nincs.

Tudomásul veszem, hogy gyermekem a tanulmányai alatt, orvosi és védőnői (szűrő)vizsgálaton, fog részt venni és szükség esetén elsősegélynyújtásban részesülhet. Az Iskola-egészségügyi Szolgálat feladatait, résztvevőit, és a fejtetvessé



1041 Budapest, Deák Ferenc u. 40. Központi számok: +36(1)369-6655; +36(1)369-6299
iskolavédőnő e-mail: kozma.vedono@ujpestiszakrendelo.hu OM azonosító: 203032 007

megelőzéséről, szűréséről, kezelés módjáról, a kiszűrt esetekkel kapcsolatos eljárás rendjéről a tájékoztatást megkaptam, beleegyezem. (Az iskola honlapján elérhető). Beleegyezem gyermekem elsősegély jellegű gyógyszerelésébe (pl: lázcsillapítás) és baleseti ellátásába.

Ezúton nyilatkozom, hogy az Újpesti Egészségközpont, mint adatkezelő szervezet Iskola-egészségügyi Szolgálat által kezelt szülői értesítők, oltási könyv, leletek, iskolaorvosi és védőnői szűrésről szóló értesítők adatainak átvétele és megküldése illetve elektronikusan történhet (IER-KRÉTA, e-mail). A tanulók személyes adatait az 1992. évi LXIII. törvénynek megfelelően kezeljük és tároljuk.

Dátum:.....

.....

Szülő aláírása

Tisztelettel az Iskola-egészségügyi Szolgálat
kozma.vedono@ujpestiszakrendelo.hu