

EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV

Háziorvos által kitöltendő

Tisztelt Háziorvos !

Az alábbi tanuló szakmai alkalmasságának megítélése céljából kérjük szíveskedjék közölni, hogy kezelés, gondozás alatt áll-e chronicus betegség miatt.

.....
.....

Dátum:

.....
házi orvos aláírása

P.H.

Az egészségügyi alkalmassági vizsgálat csak szülő jelenlétében végezhető el, így feltétlenül kísérje el gyermekét a vizsgálatra az előre megadott időpontban!

Szülő által kitöltendő

(Nagykorú tanuló esetén a tanuló tölti ki és írja alá!)

A tanuló

- neve:
- lakcíme:
- szül. helye és ideje:, év hó nap
- anyja leánykori neve:
- apja (gondviselő) neve:
- TAJ száma:
- rendszeresen szed-e gyógyszert? (ha igen, mit?)
- visel-e szemüveget? (ha igen, milyen?)

A tanulónál volt-e, van-e?

- csípőficam, egyéb orthopediai elváltozás (pl. gerincferdülés)
- asthma, TBC, szívbetegség, vérzékenység, epilepsia, cukorbetegség (A megfelelő aláhúzendó!)
- allergia (ha igen, mire?), egyéb betegség:
- gyógyszerallergia (ha igen, mire?):
- eszméletvesztéses rosszulléte:
- kórházi kezelés (ha igen, miért?):
- műtét (ha igen, milyen?):
- csonttörés (ha igen, milyen?):
- részképesség hiánya: dyslexia, dysgraphia, dyscalculia (A megfelelő aláhúzendó)

Kijelentem, hogy gyermekemnek tudomásom szerint más betegsége nincs.

Dátum:

.....
a szülő aláírása