

Egészségügyi kérdőív
(szülő által kitöltendő)

Tanuló neve:	
Lakcím:	
Születési hely, idő:	
Anyja leánykori neve:	
Apja (gondviselő) neve:	
A tanuló TAJ száma:	

A tanulónak volt-e, van-e?

- csípőficam, egyéb orthopediai elváltozás (pl: gerincferdülés)	
- asthma, TBC, szívbetegség, vérzékenység, epilepsia, cukorbetegség, allergia (ha igen, mire?)	
- egyéb betegség:	
- eszméletvesztéses roszulléte?	
- kórházi kezelése? (ha igen, miért):	
- műtete? (ha igen, milyen):	
- csonttörése? (milyen jellegű):	
- gyógyszerallergia? (ha igen, mire):	
Tetanus oltást kapott-e? (ha igen, mikor):	
Rendszeresen szed-e gyógyszert? (ha igen, mit):	
Visel-e szemüveget? (ha igen, milyen):	
Részképesség hiánya: dyslexia, dysgraphia, dyscalculia (a megfelelő aláhúzendó)	

Kijelentem, hogy gyermekemnek tudomásom szerint más betegsége nincs.

Dátum

.....
Szülő aláírása

Háziorvos által kérjük kitölteni:

Tisztelt Háziorvos Kolléga/Nő!

Nevezett gyermek közösségben való tartózkodása miatt kérjük szíveskedjék közölni, hogy kezelés, gondozás alatt áll-e chronicus betegség miatt.

.....
.....

Dátum:

.....
Háziorvos