

## 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 dekorátor szakma tanulását kizárják. Faipari technikus szakon többek között a halláskárosodás, eszméletvesztéssel járó betegségek, allergia rendkívül súlyos esetei, súlyos ortopédiai elváltozások vagy szívbetegség jelenthet gondot, ill. egyéb betegségek jelenléte az orvos megítélése alapján. Dekorátor szakon ezek mellett a színlátás zavara lehet kizáró ok. 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](mailto: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, virágpór, 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 házi orvosi 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
- arc, és kéz torzító elváltozásai		
- fül halláscsökkenése a beszédértés zavarával		
- gyenge fejlettség és izomerő		
- szívbetegség – kardiológiai vélemény szükséges		
- Krónikus légzőszervi megbetegedés		
- epilepszia – neurológiai vélemény szükséges		
- súlyos ortopédiai elváltozás (gerincet, végtagokat érintő) – ortopédiai vélemény szükséges		
- súlyos látáscsökkenés (+/- 6 dioptria felett)		
- szintévesztés		

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

**Családi anamnézis (x-el jelölje az előfordulását)**

Betegség	Anyja/családja	Apa/családja	Testvérek
Szív-, és érrendszeri betegségek			
Légzőszervi betegségek			
Emésztőszervi betegségek			
Vese és húgyúti betegségek			
Cukorbetegség			
Elhízás			
Pszichológiai betegségek			
Fejlődési rendellenessége, öröklődő betegség			
Daganat			
Csökkentlátás/vakság			
Nagyo hallás/süketség			
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 vizsgálathoz elengedhetetlen dokumentumok az alábbiak:**

- **Védőnői igazolás a 8. osztályos szűrővizsgálatok eredményéről.**
- **A krónikus betegségekről, illetőleg a szemészeti/ortopédiai gondozásról az utolsó lelet fénymásolatát kérnénk, küldjék be!**
- **Az oltási kiskönyv fénymásolatát kérnénk 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 eltöltött 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 fejtetvesség 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 a IV. kerület Újpesti Egészségügyi Nonprofit Kft. mint adatkezelő szervezet Iskola-egészségügyi Szolgálatával 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](mailto:kozma.vedono@ujpestiszakrendelo.hu)