**SZÜLŐI NYILATKOZAT A GYERMEK ISKOLA-EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁHOZ**

Tisztelt Szülő!

Gyermeke iskola-egészségügyi ellátásához az alábbi információkra van szükségünk. Kérjük, válaszoljon a következő kérdésekre, szükség esetén a kitöltéshez kérje az iskola-egészségügyi szolgálat, vagy a házi gyermekorvos segítségét! Adataikat az alábbiak szerint kezeljük, tároljuk:

1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről, valamint a 2016/679 Európai Unió Adatvédelmi Rendelete GDPR

|  |
| --- |
| **A tanuló neve: Osztály:** |
| Születési hely: idő: TAJ szám: |
| Lakcím: |
| Anyja leánykori neve: Tel: |
| E-mail: |
| Háziorvos neve: elérhetősége: |
| Előző iskola neve, címe: |

**A gyermek egészségi állapotára vonatkozó adatok. *Kérjük a megfelelőt beírni, bekarikázni, pontosan megnevezni!***

|  |
| --- |
| **Születési hét, súly**: |
| **Veleszületett fejlődési rendellenesség**: nem, igen: |
| **Fertőző betegségek**: bárányhimlő, rubeola (rózsahimlő), skarlát, mumpsz egyéb: |
| **Gyógyszer-, étel-, egyéb allergia**: |
| **Műtétek megnevezése**: időpontja: zárójelentést kérjük csatolni |
| időpontja: zárójelentést kérjük csatolni |
| **Baleset** (szakellátást igénylő): zárójelentést kérjük csatolni |
| **Feküdt-e kórházban a fenti műtéteken kívül, és miért?** zárójelentést kérjük csatolni |
|  |
| **Krónikus betegségek alábbiak közül :** *(gondozási leletek másolatát kérjük beküldeni)* |
| Szív – tüdő – vese, húgyutak – cukor – mozgásszervek – epilepszia – idegrendszeri – emésztőrendszeri –  magas vérnyomás – túlsúly – egyéb: |
| **Krónikus betegség neve**: gondozás kezdete: gondozás vége: |
| gondozás kezdete: gondozás vége: |
| **Volt-e eszméletvesztéssel járó rosszulléte?** nem igen |
| **Érzékszervi problémák** |
| Látásprobléma: nincs, van szemüvege adatai (dioptria szám): leletet kérjük csatolni |
| Hallásprobléma: nincs, van hallókészülék: nincs van leletet kérjük csatolni |
| Sajátos nevelési igényű gyermek (SNI) nem igen, oka: |
| Érzelmi, magatartási probléma: volt – nincs –van: hiperaktivitás – figyelemzavar – depresszió – szorongás –  beilleszkedési - magatartási probléma – egyéb: |
| **Gyógyszerei** (rendszeres): |
| **Egyéb közölnivaló** (pl. járt-e valaha gyógytestnevelésre (mikor), testnevelési felmentések, egyéb) |

A gyermeke betegségre való hajlamosító tényezőinek felderítése és hatékony megelőzés érdekében kérjük, nyilatkozzon a családban előforduló betegségekről:

Családban (szülő, testvér, nagyszülő) van-e örökletes vagy krónikus megbetegedés (pl.: szív-érrendszeri, cukorbetegség, tumor, allergia)?

**SZÜLŐI NYILATKOZAT:**

Minden egészségügyi elváltozásról, melynek következtében a tanuló egészsége vagy élete veszélynek van kitéve (a legszükségesebb tényeket) a tanuló osztályfőnökével, testnevelő tanárával közölhetjük-e?

Kérjük a megfelelőt aláhúzni! **HOZZÁJÁRULOK, NEM JÁRULOK HOZZÁ**

Hozzájárulok, hogy gyermekem akut betegség esetén/pl. fejfájás, láz/ az iskolában gyógyszert kaphasson:

Kérjük a megfelelőt aláhúzni! **IGEN NEM**

**További közlendőink:**

**Gyógytestnevelésre besorolást csak az iskolaorvos adhat ortopédiai v. egyéb szakorvos javaslatára! Ehhez szükséges szakorvosi leletek bemutatását minden tanév szeptemberében kérjük!**

Az iskolaorvosi rendelőben betegrendelés nincs, ez a háziorvos feladata, csak az aznap jelentkező sürgősségi – akut eseteket tudjuk ellátni. A járványok elkerülése és állapotrosszabbodás miatt, ne küldjék gyermeküket betegen az iskolába! Minden tanuló a TAJ – kártyájának másolatát mindig hozza magával!

*Ha gyermekének állandóan gyógyszert kell szednie, azt feltétlenül mindig hozza magával, és azt mások számára nem hozzáférhető helyen tárolja!*

**Tájékoztatjuk, hogy gyermeke 9. 10. 12. osztályban iskola-egészségügyi vizsgálaton fog részt venni.** A vizsgálat az alábbiakat tartalmazza: testmagasság – testsúly - vérnyomásmérés, mozgásszervek vizsgálatok - látás – hallásszűrés - belgyógyászati vizsgálat.

**A vizsgálat előtt, annak pontos időpontjáról tájékoztatást fog kapni.**

A vizsgálat eredményéről leletet adunk. Amennyiben elváltozást találunk gyermekénél, szakorvosi vizsgálatra küldjük. Kérjük, szorgalmazzák a vizsgálatok (kontrollok) mielőbbi elvégzését és utána a lelet visszajuttatását iskolaorvosi rendelésünkre!

**A személyes adatok kezelője**: Budapest, Szent István Király Zeneművészeti Szakgimnázium és AMI iskolaorvosa, iskolavédőnője.

**Az adatkezelés célja**: gyermekek ingyenes egészségügyi ellátásához való jogának érvényesítése.

**Az adatkezelés jogalapja**: a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC: törvény.

A kezelt adatok köre: a gyermek neve, születési helye és ideje, lakóhelye, tartózkodási helye, társadalombiztosítási azonosító jele, szülője, törvényes képviselője lakóhelye, tartózkodási helye és telefonszáma, az iskola-egészségügyi dokumentáció, a tanuló – és gyermekbalesetre vonatkozó adatok.

A szűrések és vizsgálatokról a tájékoztatást írásban megkaptam:

Szülő aláírása

dr. Fejes Annamária Németh Nóra

iskolaorvos védőnő

**Kérjük, a beiratkozásra hozzák magukkal a fenti kérdőívet kitöltve, aláírva.**

**Továbbá gyermeke szakorvosi leleteinek, zárójelentéseinek, oltási könyvének (azokat az oldalakat, ahol az oltások szerepelnek, hogy ellenőrizni tudjuk megkapta-e a kötelező oltásait) fénymásolatát.**

**Elérhetőségeink:** [**istvaniskolak@gmail.com**](mailto:istvaniskolak@gmail.com)**, Tel. : 06705291824**