

Tisztelt Szülő!

Gyermeke minden páros tanévben (2,4,6,8. osztály) szűrővizsgálaton vesz részt az iskolában, mely alkalommal kiszűrjük az esetleges elváltozásokat. A vizsgálat időpontjáról előzetesen tájékoztatást, a vizsgálatot követően pedig a gyermek egészségi állapotáról, valamint a szükséges teendőkről értesítőt küldünk. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLV. törvény 81.§-a alapján a tanköteles korú gyermekek jogszabályban meghatározott szűrővizsgálata kötelező. Szűrővizsgálatok: testmagasság, testsúly, hallás, látás, színlátás vizsgálat (6. osztályban), vérnyomásmérés, lúdtalp, gerinc és pajzsmirigy szűrése, valamint teljes fizikális orvosi vizsgálat. A fentiekén túl a már meglévő krónikus betegségeket is nyomon követjük. (Egyéb jogi szabályozás: 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról, 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról.)

Iskolaorvos: Dr. Virág Zsuzsanna
Rendelési idő: páratlan hét hétfő 9.00 – 12.00

Iskolavédőnő: Hevesiné Melczer Mónika
Fogadóóra: hétfő 13.00 – 15.00
Telefonszám: 06-70/ 685-2135
E-mail: melczer.monika@obudaivedonok.hu

Az alábbi adatok az iskolaorvos és iskolavédőnő munkájához szükségesek, melyeket az orvosi titoktartás szabályai szerint kezelünk. Az egészségügyi adminisztrációba a szülőnek betekintési joga van.

Kérjük, a **krónikus betegségek leleteit**, szemészeti és ortopédiai vizsgálatok eredményeit (ha van), valamint az **5 éves státuszlapot** szíveskedjen lefénymásolva, továbbá az **oltási könyv másolatát** névvel ellátva az osztályfőnöknőn keresztül az iskolaegészségügyi szolgálatnak eljuttatni zárt borítékban jelen **kitöltött nyilatkozattal** együtt!

Köszönjük együttműködését!

Dr. Virág Zsuzsanna és Hevesiné Melczer Mónika

Egészségügyi nyilatkozat

Gyermek neve:.....

Születési hely, idő:

TAJ szám:

Házi gyermekorvos neve:

Gyógyszerérzékenység, gyógyszer neve:

Rendszeres gyógyszereszedés (gyógyszer neve, adagja):.....

Krónikus betegségek (kezelőorvos neve, kontroll helye, ideje):.....

Allergia: Fulladásos állapot:

Látás-, hallásprobléma (pl. szemüveg, hallókészülék, egyéb):

Műtétek (mikor, milyen):..... Baleset:.....

Kórházi kezelés oka:

Kiállott fertőző betegségek (pl. bárányhimlő, skarlát, egyéb):

Gyógytornára jár(t)-e? (Hova? Mi az oka?):

Előző óvoda, iskola neve:

Probléma estén értesítendő felnőtt neve, telefonszáma:.....

.....
Szülő aláírása