**TISZTELT SZÜLŐK, DIÁKOK!**

Az iskola-egészségügyi ellátás tagjai: az ***iskolaorvos*** és az ***ifjúsági védőnő***.

Munkánk célja: a panaszt még nem okozó elváltozások felfedezése, szűrése és a betegségek kialakulásának megelőzése. Az 1997. CLIV.Tv. 81§ (3.), az 51/1997. (XII.18.) NM rendelet, a 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet és a 26/1997. (IX.3.) NM rendelet alapján **a tanulók kötelező szűrővizsgálatokon vesznek részt a 10. és 12. évfolyamokon, valamint évente időszakos szakmai alkalmassági vizsgálat történik a szakképző iskolákban***.* (*érzékszervek működésének* *ellenőrzése, mozgásszervek vizsgálata*, *belgyógyászati vizsgálat stb.)* A szűrés alapján végezzük a *tanulók gondozását*, valamint a *testnevelési, és gyógytestnevelési* *besorolását*. A talált elváltozások miatt szakorvosi vizsgálatra javaslatot és beutalót kapnak a tanulók. **Kérjük a szülőket, hogy szorgalmazzák a vizsgálatok (ill. kontroll vizsgálatok) mielőbbi elvégzését és utána a vizsgálat eredményének visszajutatását hozzánk!** Gyermekük egészségével, kapcsolatos kérdéseikkel – kéréseikkel megkereshetnek bennünket az iskola telefonszámán **(96/528-760 110-es mellék),** [**lukacs.vedono@gmail.com**](mailto:lukacs.vedono@gmail.com) **vagy az** [**iskolaorvos@eeszi.hu**](mailto:iskolaorvos@eeszi.hu)email címeken**. IER KRÉTA rendszeren keresztül történik a szülőknek az elvégzett vizsgálat leletének a megküldése, melyet a szülői bejelentkezés után tudnak megtekinteni.**

**A** következő oldalakon néhány a gyermekük, illetve szűkebb családjuk egészségére vonatkozó kérdéseket tettünk fel. Kérjük ezekre, pontosan adják meg a választ! Ez alapján történik:

* a szakmai alkalmasság megítélése,
* az esetleges egészségügyi problémákra – betegségekre jobban oda tudunk figyelni,
* a tanuló testnevelési órai besorolása (könnyített testnevelés – gyógytestnevelés – teljes felmentés)
* további gondozás megítélése

Kérjük, jelezzék felénk, ha a tanulóévek alatt komolyabb egészségügyi betegség, műtét, baleset, kórházi, ill. hosszabb gyógyszeres kezelés történik, vagy ha visszatérő probléma jelentkezik!

Tájékoztatjuk, hogy az orvosi rendelőben-az egyetemek felkérése alapján- időszakosan egészségügyi szakemberek gyakorlati oktatása is zajlik.

# Betegellátást csak elsősegély jelleggel végzünk, betegség esetén forduljanak az illetékes háziorvoshoz!

Az Iskola-egészségügyi Szolgálat működéséről és a szűrővizsgálatokról szóló tájékoztatást elolvastam és tudomásul vettem.

…………………………

Szülő aláírása

**ALKALMASSÁGI VIZSGÁLAT**

**Név:**

**Lakcím:**

**Születési hely-, idő:**

**Édesanyád lánykori neve:**

**TAJ szám:**

**Háziorvosod neve, telefon száma:**

**Szülő/gondviselő telefonszáma, e-mail címe:**

**Előző iskolád neve, címe:..........................................................................**

**Hozd magaddal:**

* Az iskola által kiküldött értesítést arról, hogy melyik szakmára nyertél felvételt.
* Társadalombiztosítási számodat (TAJ szám)
* Kitöltött egészségügyi nyilatkozatot (a lap hátoldalán található)
* Korábbi vagy jelenlegi betegségről, balesetről (régiről is) zárójelentést, ambuláns lapot-fénymásolva.
* Az utolsó, 8. osztályos orvosi és védőnői vizsgálat eredményét! (Általános iskolai védőnőtől kell kérni!)
* Ha szemüveget viselsz a szemészeti vizsgálati eredményét (lehetőleg 1 évnél ne legyen régebbi.)
* Oltási könyveidet (Gyermek-egészségügyi könyv)

**16 év alatti tanulót szülő/gondviselő kísérje el a vizsgálatra!**

**Tájékoztatónk a lukacssuli.hu weboldalon elérhető!**

**Dr Ladocsi Szilvia sk**

Iskolaorvos

**Varga Zsuzsanna és Sipőczné Nagy Andrea sk**

Ifjúsági Védőnők

**NYILATKOZAT**

**Kedves szülők, kérjük az alábbi kérdésekre pontosan, adják meg válaszaikat!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nem** | **Igen** |
| Allergia (szénanátha, pollen stb.)? |  |  |
| Volt e hirtelen fellépő életet veszélyeztető allergiás reakciója? Ha igen, van e EPIPEN injekciója? |  |  |
| Asztma? |  |  |
| Bőrbetegségek (ekcéma, pikkelysömör stb.)? |  |  |
| Szemészeti betegségek (rövidlátás, távollátás, kancsalság, egyszemű látás stb.)? |  |  |
| Visel-e, viselt-e szemüveget vagy kontaktlencsét? |  |  |
| Színtévesztő? |  |  |
| Fülészeti betegségek (halláscsökkenés, süketség, tubus stb.)? |  |  |
| Hallókészüléket visel-e? |  |  |
| Idegrendszeri betegségek (SM, gyulladás, veleszületett eltérés stb)? |  |  |
| Epilepszia? |  |  |
| Szívbetegség, ritmuszavar, magas vérnyomás? |  |  |
| Gyomor és bélrendszeri betegségek (reflux, gyulladásos bélbetegség, lisztérzékenység, felszívódási zavarok stb.)? |  |  |
| Anyagcsere és hormonbetegségek (cukorbetegség, pajzsmirigy, növekedési hormon hiány stb.)? |  |  |
| Mozgásszervi betegségek (gerincferdülés, gyulladás, baleset, műtét stb.)? |  |  |
| Egyéb, fent nem említett betegség, kezelés, műtét: |  |  |
| Logopédus kezelés, beszédzavar? |  |  |
| Pszichológus vagy pszichiáter kezelte/kezeli-e? (pánikbetegség, depresszió stb.) |  |  |
| Iskolai képességzavar (SNI, BTMN)? |  |  |
| Ismert gyógyszerérzékenység: (ha igen, mire?) |  |  |
| Rendszeresen szedett gyógyszer (ek): |  |  |
| Egyensúlyzavar, tériszony ismert-e? |  |  |

**Felhívjuk a Szülő/Tanuló figyelmét, hogy egészségügyi problémája a munkavállalás idején korlátozó tényező lehet.**

**Felelősségem tudatában kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek eltitkolt betegsége, ill. eltitkolt betegségem nincs.**

**Szülő aláírása Tanuló aláírása**

**A CSALÁD EGÉSZSÉGÉRE VONATKOZÓ AKTUÁLIS ADATOK**

Kérjük, tegyen egy „X” jelet, ha valamely betegség előfordult már Önöknél, illetve a családjukban!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Betegség** | **Apa, ill. családja** | **Anya, ill. családja** | **Testvér/ek** |
| **Szív-, érrendszeri betegség**  (magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés) |  |  |  |
| **Allergia, asztma**  (szénanátha, ekzéma) |  |  |  |
| **Krónikus gyomor-bélrendszeri betegség**  (epekő, májbet, fekély, bélgyull.) |  |  |  |
| **Krónikus vese- és húgyúti betegség**  (vesekő,húgyvezeték tágulat; gyull.) |  |  |  |
| **Cukorbetegség** |  |  |  |
| **Elhízás** |  |  |  |
| **Idegrendszeri/Elmebetegség** (depresszió, epilepszia, pánikbetegség) |  |  |  |
| **Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség** (mozgásszervi-, szívbetegség, Down kór, vérzékenység) |  |  |  |
| **Daganatos betegség** |  |  |  |
| **Csökkentlátás/vakság** (szemüvegviselés, optikai hiba) |  |  |  |
| **Nagyothallás/Süketség** (fülműtét, tubus) |  |  |  |
| **Egyéb betegség** |  |  |  |

**Köszönjük együttműködésüket!**

**Iskola-egészségügyi Szolgálat tölti ki!**

**DÁTUM: ÁGAZAT:**

**Testsúly: Státusz:**

**Testmagasság:**

**V: Színlátás:**

**Hallás:**

**Vérnyomás:**

**Védőoltásait megkapta- pótolni szükséges**

**Választott szakma feltétele: ALKALMAS- NEM ALKALMAS**