|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Nyilatkozat**

Kérjük a Tisztelt Háziorvost, hogy a Nyilatkozatot szíveskedjen kitölteni az érintett tanulóról továbbtanulás céljából!

Név: ……………………………………………………………………………… Szül. év. hó. nap: ……………………………………

Szül. hely: ………………………………………………….………………… TAJ szám: ………………………………………………..

Lakcím: ………………………………………………………………………… Oktatási azon.:…………………………………………..

Testsúly: ………………… Kg Magasság: ………………… cm Vérnyomás: ……………/…………….

Az alábbi betegségek közül volt-e, jelenleg van-e valamelyik a tanulónak?

* gyógyszerérzékenység ……………………….………………………..
* allergiás megbetegedés, ekcéma ……………………….………………………..
* asztma, hörghurut ……………………….………………………..
* szívizomgyulladás, ízületi gyulladás ……………………….………………………..
* agyvelő, agyhártyagyulladás ……………………….………………………..
* eszméletvesztéssel járó rosszullét (pl.: epilepszia) ……………………….………………………..
* egyéb betegség (cukorbetegség, magas vérnyomás

vesebetegség, vérszegénység, ortopéd betegség,

szívbetegség, stb.) ……………………….………………………..

* áll-e rendszeres gondozás alatt (vese, tüdő, szív, máj, endokrin, ortopéd, fül, szem, bőr, stb.),  
  *amennyiben igen, az orvosi vizsgálatra hozza magával a leletét!* ……………………….………………………..
* halláscsökkenése van-e? ……………………….………………………..
* színtévesztése van-e? ……………………….………………………..
* kötelező gyermekkori védőoltásait megkapta? ……………………….………………………..
* feküdt-e kórházban (betegség, kivizsgálás,

műtét megnevezése) ……………………….………………………..

* balesete, sérülése volt-e? ……………………….………………………..
* törése volt-e, mikor, milyen? ……………………….………………………..
* rendszeresen szed-e gyógyszert, mit? ……………………….………………………..
* testnevelés alól felmentett-e, miért? ……………………….………………………..
* egyéb beteg, észrevétel ……………………….………………………..

Kelt.: ………………………………………………., …………..…………..

…………….……………………

orvos aláírása