**Anamnézis lap**

Név:……………………………………………………………………………………..………..Osztály: …………………………..

TAJ szám: ……………………………

Szül. helye, ideje: …………………………

Anyja leánykori neve: …………………………..

Apja neve: ……………………………

Gondviselő neve: ……………………………

Lakcím (állandó és ideiglenes is): ……………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Előző Iskola neve és címe: ……………………………

…… …………………………..

Testvérek száma, neme, kora: …………………………..

Van-e valamilyen krónikus betegsége? …………………………..

 ……………………………

Rendszeres ellenőrzés, gondozás esetén annak helye, a gondozó orvos neve: ……………………………

 ……………………………

Rendszeresen szedett gyógyszerek neve, adagolása:……………………………………………………………………………………………….

Előző fertőző (gyermek) betegségek és idejük: ……………………………

Van-e fejlődési rendellenessége? ……………………………

Van-e a családban örökölt betegség? ……………………………

Volt-e műtve, ha igen miért és mikor? ………………………….

Van-e allergiája? (Mire?) ……………………………

Szemüveget vagy kontaktlencsét visel-e? (Dioptria?) …………………………..

Gyógytornára vagy gyógytestnevelésre jár-e? ……………………………

Sportol-e ? (versenyszerűen vagy hobby szinten): ……………………………

**A védőoltási könyv másolatát vagy ennek hiányában a kötelező és nem kötelező oltásairól szóló igazolást kérjük beküldeni, illetve krónikus betegség fennállása esetén a legutóbbi szakorvosi vizsgálat leletének másolatát is kérjük.**

Az adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs.

 Dátum:………………………………………………… …………………………………………………………………………………….

 szülő aláírása

-- fordíts --

**Az alábbi adatok a 16 éves kori záró vizsgálathoz kellenek. Kérjük pontosan kitölteni.**

**A család egészségére vonatkozó aktuális adatok:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Betegség** | **Anya/vagy családja** | **Apa/vagy családja** | **Testvérek** |
| Szív- és érrendszeri betegség (magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés) |  |  |  |
| Allergia, asztma |  |  |  |
| Krónikus gyomor-bélrendszeri betegség |  |  |  |
| Krónikus vese- és húgyúti betegség |  |  |  |
| Cukorbetegség |  |  |  |
| Elhízás |  |  |  |
| Idegrendszeri/elme-betegség |  |  |  |
| Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegség |  |  |  |
| Daganatos betegség (jó- és rosszindulatú (rák) egyaránt |  |  |  |
| Csökkent látás/vaksás |  |  |  |
| Nagyothallás/süketség |  |  |  |
| Egyéb |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **…………………………………………..**

 Szülő aláírása