

TISZTELT SZÜLŐK!

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. Ennek érdekében a **tanulók kötelező szűrővizsgálatokon vesznek részt a 10. és 12. évfolyamokon.** (*testi fejlődés, tápláltsági állapot, érzékszervek működésének ellenőrzése, mozgásszervek vizsgálata, pajzsmirigy tapintásos vizsgálata, értelmi, lelki és szociális fejlődés, viselkedés megítélése, vérnyomásmérés valamint belgyógyászati vizsgálat történik*)

A szűrés alapján végezzük a *tanulók gondozását, a testnevelési, és gyógytestnevelési besorolását* is. A talált elváltozások alapján szakorvosi vizsgálatra javaslatot, vagy beutalót kapnak a tanulók. **Kérjük a szülőket, hogy szorgalmazzák a vizsgálatok (ill. kontroll vizsgálatok) mielőbbi elvégzését és utána a vizsgálat eredményének visszajutását hozzánk!** Gyermekük egészségével kapcsolatos kérdéseikkel – kéréseikkel megkereshetnek bennünket az iskola telefonszámán **(96/429-033)**.

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

A pontos kitöltésre a következő dolgok miatt van szükség:

- ✓ a felvételi alkalmasság eldöntése,
- ✓ az esetleges egészségügyi problémákra – betegségekre jobban oda tudjunk figyelni
- ✓ a tanulót milyen típusú testnevelési órára soroljuk majd be (könnyített testnevelés - gyógytestnevelés - gyógyúszás);
- ✓ van-e szüksége további gondozásra, annak mi legyen a folyamata.

A fentiekben leírt feladataink miatt kérjük, jelezzék felénk, ha a tanuló évek alatt komolyabb egészségügyi probléma – betegség, műtét, baleset, kórházi ill. hosszabb gyógyszeres kezelés történik, vagy ha visszatérő probléma jelentkezik!

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

A szűrővizsgálatokról szóló tájékoztatást megkaptam, tudomásul vettem.

.....

Szülő aláírása

Értesítünk, hogy továbbtanulásodhoz orvosi vizsgálat szükséges, melynek időpontjáról később küldünk értesítést!

Név:

Lakcím:

Születési hely-, idő:

Édesanyád lánykori neve:

TAJ szám:

Háziorvosod neve, tel.száma:

Születési súly, hossz:

Kötelező védőoltásokat megkaptad-e? :

Szükség esetén értesítendő személy telefonszáma:

Előző iskolád neve, címe:.....

.....
Küldd el a pagisz.titkarsag@gmail.com email-címre:

- Kitöltött nyilatkozatot (a lap hátoldalán található)
- Szemészeti vizsgálati eredmény (csak szemüveget viselőnek kell elmenni, 1 évnél nem régebbi eredmény)
- Esetleges betegségről, balesetről (régiről is) zárójelentés, ambuláns lap, lelet fénymásolatát

Felhívom figyelmüket, hogy Iskolánkba a szintévesztés kizáró ok, ha problémáról tud vagy kérdése van, jelezze az előbbieken megadott email-címre.

Dr. Horváth Éva sk.
iskolaorvos

Lung Annamária sk.
védőnő