## ANAMNÉZIS LAP

**A tanuló neve:**

**Szakmai megnevezése :**

**Születési hely:**   **Születési idő:**   **év**   **hónap**   **nap**

Apja/gondviselő neve: Telefonszáma:

Anyja leánykori neve: Telefonszáma:

Lakcím:

Állampolgársága:

Előző iskola neve:

Előző iskola címe:

**A tanuló TAJ száma:**

Háziorvosának neve: Telefonszáma:

1. Gyermeke születésénél, fejlődésében volt-e valamilyen zavar (testi fejlődés, mozgás, beszéd, stb.)?

- igen, mégpedig: ………………………………………………………………………………………… - nem

1. Gyermeke milyen fertőző betegségeken esett át? (A megfelelőt kérjük, húzza alá!)

bárányhimlő, skarlát, rózsahimlő, mumpsz, fertőző májgyulladás

egyéb: ………………………………………………………………………………………………………………………

1. Volt-e eszméletvesztéssel, ájulással járó rosszulléte, görcs, epilepszia?

- igen, oka: ………………………………………………………………………………………………. - nem

1. Szédülése, egyensúly zavara, tériszonya van-e? - igen - nem
2. Pszichológusi tanácsadásra, pszichiáterhez jár-e, járt-e korábban? - igen - nem

Van-e magatartás zavara? - igen - nem

A fenti állapotok miatt szed-e gyógyszert? - igen - nem

Ha igen, mi a gyógyszer(ek) neve: …………………………………………………………………………………………

1. Volt-e olyan betegsége, ami miatt orvosi ellenőrzésre jár? (szakrendelésre, kórházba)

- igen, betegség neve: ………………………………………………………………………………. - nem

1. Áll-e ezen betegsége miatt gyógyszeres kezelés alatt? - igen - nem

- ha igen, milyen gyógyszer(eke)t szed: …………………………………………………………………………………

1. Műtétje volt-e már? - igen - nem

- ha igen, milyen (év megjelölésével): ……………………………………………….….…..………………………….

1. Törése volt-e már? - igen - nem

- ha igen, milyen (év megjelölésével): ………………………………………………………………………………….

1. Szokott-e fájni a háta, dereka vagy más testrésze? -

* igen, mégpedig: ………………………………………………………………………………………… - nem

1. Visszatérő hörghurutja vagy asztmája volt-e?

- igen, betegség neve: ………………………………………………………………………………. - nem

1. Allergiás-e valamilyen gyógyszerre, ételre, állati vagy egyéb anyagra? - igen - nem

- ha igen, mire: ………………………………………………………………………………………………………….

1. Mértek -e gyermekének magas vérnyomásértéket?

- igen - nem, ha igen, értéke: ………………………………………………………………

1. Van-e olyan testi vagy lelki problémája, amire nem kérdeztünk rá, de jó, ha tudunk róla? - igen - nem

- ha igen, milyen: ……………………………………………………………………………………………………….

1. Sportol-e a tanuló? - igen - nem ha igen, mit:………………………………………………………….
2. Gyógytestnevelésre járt-e? - igen - nem, ha igen, miért: …………………………………………
3. Testnevelésből felmentett volt-e? - igen - nem, ha igen, miért: …………………………………………
4. Halláscsökkenés, siketség, van-e? - igen - nem
5. Látása jó-e? - igen - nem
6. Szemüveget visel-e? - igen - nem
7. Színtévesztése van -e? - igen - nem

**NYILATKOZAT**

**A fenti tájékoztatást tudomásul veszem.**

**Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs.**

**Fennálló betegségét jeleztem, az arról szóló leletet csatolom.**

Dátum: ………………………………………

……………………………………………………

szülő/törvényes képviselő aláírás

**Kérjük, hogy a kitöltött anamnézis lapot csatolják a jelentkezési laphoz!**