

Tárgy: ELŐZETES SZAKMAI ALKALMASSÁGI VIZSGÁLAT
Tisztelt Szülők!

Az előírt előzetes szakmai alkalmassági vizsgálatot jogszabályok alapján végezzük el a közoktatási intézménybe jelentkező tanulóknál a beiratkozás előtt. Ehhez a tanulók családi anamnézisééről, korábbi és jelenlegi állapotáról, krónikus betegségeiről, szociális helyzetéről előre tájékozódniuk kell.

A vizsgálat előkészítéséhez az alábbiakban kérjük a segítségüket:

- **AZ ALÁBBI DOKUMENTUMOKAT HOZZÁK MAGUKKAL A VIZSGÁLAT NAPJÁN**
/vagy annak hiteles másolatát:
- a tanuló **oltási könyvét** ennek hiányában oltásainak hiteles igazolását;
- a **mellékelt anamnézis lapot** (a szülő töltse ki, írja alá); **háziorvosi kérdőívet** (orvos tölti ki)
- **betegség esetén egészségügyi szakorvosi leleteit, legutolsó kontroll eredményeit** (pl. kardiológia, pulmonológia, allergológia, endokrinológia, ortopédia, urológia, bőrgyógyászat, neurológia, gastroenterológia, fül-orr-gégészet, szemészet, pszichiátria, új laboreredmény, egyéb), **szemészeti lelet, színtévesztés zavara esetén annak leletét is, szemüveg esetén lehetőség szerint 1 éven belüli leletet;**
- **A 8. osztályos védőnői és iskolaorvosi szűrővizsgálatok leletét.**

A vizsgálatot követően az alábbiakban kérjük a segítségüket:

A szűrővizsgálatok során javasolt esetleges további vizsgálatokról, vagy a tanuló egészségi állapotában bekövetkező változásról, **KÉRT VIZSGÁLATI EREDMÉNYEKRŐL** kérjük az iskolavédőnőt értesíteni a megbeszéltek szerint a **beiratkozásig, illetve legkésőbb a 2026/2027 tanév megkezdéséig** (iskolavédőnő elérhetőségét lásd lent). A szakorvosi leletet kérjük zárt borítékban, személyesen, az iskolavédőnő részére behozni / beküldeni, további információt e-mailben megküldeni szíveskedjenek. Köszönöm.

VIZSGÁLAT IDŐPONTJA: iskola határozza meg.

A vizsgálatot végző orvosok:

Dr. Budavári Attila

Dr. Vancsura Tamás

Az iskolavédőnő: *Szecsei Anna Mária*

További kérdés esetén a védőnő elérhetősége:

Fogadóóra tanulmányi időben: előre egyeztetett időben,

iskolai napokon páratlan hét kedd, iskolai előadási napokon 8.30-10.30 óra között,

helye: védőnői tanácsadó/iskolaorvosi rendelő: 2340. Kiskunlacháza, Rákóczi út 63

telefonszáma: 06-20-359-80-81, e-mail: munkacsy.vedono@gmail.com

Kérdéseikkel forduljanak hozzám bizalommal.

Eredményes együttműködésünk reményében:

Kiskunlacháza, 2026. május 7.

Szecsei Anna Mária
iskolavédőnő
130097486

CSALÁDI ANAMNÉZIS LAPJA, ADATLAPJA (szülő tölti ki, írja alá)

tanuló neve: TAJ:

születési helye:, ideje év hó nap

Lakcím:

anyja neve: telefonszám:

Gondozó/apa/GYÁM neve: telefonszám:

ELŐZŐ ISKOLA neve, címe:

HÁZIORVOS neve, elérhetősége:

Gyógyszerallergia (Mire, miben nyilvánult meg?)

JELENLEG TUD-E ALLERGIÁRÓL GYERMEKÉNÉL? (Karikázza be az igaz választ!) IGEN / NEM

- Mire? :

- Miben nyilvánult meg (tünet: fulladás, kiütés, egyéb)

- **Volt-e anafilaxiás reakciója?**

Tartósan szedett gyógyszer? MIT?

A tanuló jelenleg szed-e gyógyszert: Miért?

Szülés körüli adatok: (koraszülöttség / túlhordás/ szülési sérülés / újraélesztés / újszülöttkori sárgaság / vércsere):

Tud-e fejlődési elmaradásról / későbbi beiskolázásról?

Gyermekbetegségek, (báránymimlő, scarlát, egyéb betegség)? (Mikor, mi?)

Előfordultak-e hosszabb ideig tartó vagy ismétlődő megbetegedések?

Műtét történt-e? (Mikor? Mi?)

Szemüveget visel-e? I éven belüli leletet kérek

Mozgásrendszer betegségei, törések:

Volt-e tartósan felmentve tornaórán? Miért?

Járt-e gyógytornára? Miért? Mikor?

SPORTOL-E rendszeresen? (Mit? Mióta?)

Szükség esetén fent nevezett tanulónál **vércukormérését engedélyezem: IGEN / NEM** Kérem a megfelelő rész aláírását.

A betegséget a tanulónál kérem megnevezni! Többi helyen elég X-jelölés.

betegség-csoport	TANULÓNÁL betegség megnevezése	anya	apa	tanuló testvére	anya családja	apa családja
Szív, érrendszeri betegségek: magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés, egyéb						
légzőrendszeri betegség: allergia, asztma, egyéb)						
Krónikus gyomor, bélrendszeri betegségek						
Krónikus vese- húgyúti betegség						
Cukorbetegség						
Elhízás						
Ideg-elme betegség						
Fejlődési rendellenesség, öröklődő betegségek						
Hormonális rendszeri betegsége						
Csökkentlátás/ vakság /szemüveg/						
Nagyothallás/ sükettség						
egyéb betegség						
tanulási nehezítettség						
DOHÁNYZÁS						
alkoholfogyasztás						
drogfogyasztás						

A tanulónak eltűnt betegsége nincs. A fentiek a valóságnak megfelelnek. Az iskolaegészségügyi szűrővizsgálatokról a tájékoztatást átvettem levélben (kísérőlevél).

Dátum: szülő/gondviselő aláírása:

HÁZIORVOSI KÉRDŐÍV

(házi orvos tölti ki, írja alá)

Gyermeke házi orvosának neve:
rendelő címe:
elérhetősége: e.mail: telefon:

tanuló neve: TAJ:
születési helye:, ideje év hó nap
lakcím:
anyja neve: (telefonszám:)

ALLERGIÁVAL KAPCSOLATOS KÉRDŐÍV:

JELLENLEG TUD-E ALLERGIÁRÓL A TANULÓNÁL? (Karikázza be az igaz választ!) **IGEN / NEM**

- Mire?:
 - gyógyszerallergia:
 - növényallergia:
 - ételallergia:
 - egyéb:
- Miben nyilvánult meg (tünet: fulladás, kiütés, egyéb?)
- Volt-e anafilaxiás reakciója? **IGEN / NEM**
- Alkalmaznak-e gyógyszert allergiára? Ha igen mit?
- Allergiára sürgősségi injekciót tart-e magánál a szülő/ tanuló a tanuló részér? Ha igen mit?

EGYÉB BETEGSÉG: krónikus betegség, hosszan fennálló betegség, egyéb betegség

Tartósan szed-e gyógyszer a tanuló?

MIT?
Miért?

A tanuló jelenleg szed-e gyógyszert: Miért?

Előfordultak-e hosszabb ideig tartó vagy ismétlődő megbetegedések?

Tanuló jelenlegi egészségi állapota:

vér-, vérképző, keringési rendszer: vérnyomás:/.....Hgmm; Pulzus:....., egyéb:

testi adatok: súly: kg; hossz: cm; egyéb:

légzőrendszer:

endokrin, anyagcsere, emésztőrendszer:

mozgásrendszer:

érzékszervek: hallás: bőr:

látás: szemüveget visel-e? ; SZÍNLÁTÁS:

emésztőrendszer:

húgy-ivarrendszer:

idegrendszer, magatartás:

Műtét történt-e?(Mikor? Mi?)

mozgásrendszer betegségei, törések:

Volt-e tartósan felmentve tornaórán? Miért?

Járt-e gyógytornára? Miért? Mikor?

Egyéb fontos megjegyzés:

dátum:

.....
aláírása