**Anamnesis felvételi lap**

Tanuló neve: ……………………………………..

TAJ száma: ……………………..………………..

Születési helye, ideje: ……………………............

Apja neve: ………………………….....................

Anyja neve: ……………………………...............

Lakcíme: ………………………………………...

Gyermekorvos: ……..…….………………...........

Van-e veleszületett fejlődési rendellenessége, ha igen, mi az? ……………………………………………………………………………………………………..……………..

Kórházban ápolták-e, ha igen, mivel? ………………………………………………………………………...…

Jelenleg áll-e gondozás alatt? Rendszeresen szed-e gyógyszert? …………………………………………………………………………………………………………..….……

Milyen műtéteken esett át? Mikor? ……………………………………………………………………………..

Volt-e balesete, csonttörése? …………………………………………………………........................................

Van-e gyógyszer vagy egyéb anyaggal szembeni túlérzékenysége? Ha igen, milyen anyagra érzékeny? ……………………………………………………………………......................................................................

Volt-e eszméletvesztéses rosszulléte? Szed-e emiatt rendszeresen gyógyszert? …………………………………………………………………………………………………………………..

Milyen gyermekkori betegségen esett át? (húzza alá)

*Bárányhimlő, rózsahimlő, mumpsz, skarlát, szamárköhögés*

Volt-e szívbetegsége/magas vérnyomása? ………….………………………………………………………….

Volt-e asztmás nehézlégzése, fulladása, szénanáthája? Jelenleg kezelik-e ilyen tünetek miatt? ………………………………………………………………………………….................................................

Volt-e, van-e pszichés betegsége? …………….Van-e tanulási nehézsége/magatartási zavara?………………

Ortopédiai gondozás alatt áll-e? (súlyos fokú lúdtalp, tartási rendellenesség, mellkas deformitás, gerincferdülés)

………………………………………………………………………………………………………………….

Járt-e/Jár-e gyógytestnevelésre/gyógytornára? ……………………………………………………………..….

Visel-e szemüveget? ………………………………………………………….………………………………..

Visel-e hallókészüléket? ………………………………………………………….……………………………

Családban előforduló betegségek (*apa, anya, testvér, apa családja, anya családja*)

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

Védőoltások (7.osztály):

Hepatitis B1 (dátum, oltási szám) ………….…………………………………………………………….…….

Hepatitis B2 (dátum, oltási szám) ………….……………………………………………………………….….

Dátum: …………………………………. Szülő (gondviselő) aláírása