ANAMNÉZIS LAP

Tanuló neve:

**TAJ száma:**

Lakcíme:

Születési helye és ideje:

Háziorvosa:

Anya neve:

Apa neve:

A szülő telefonszáma:

A szülő email címe:

**A tanulónak:**

Van-e fejlődési rendellenessége? Ha igen, milyen?

Allergiás-e valamire? Ha igen, mire? Miben nyilvánul ez meg? Milyen gyógyszert szed?

Esetleges gyógyszerérzékenysége:

Van-e asztmája, fulladása? Mivel, milyen adagban kezelik?

Volt-e eszméletvesztése? Mikor? Miért?

Milyen műtéten esett át? Mikor?

Milyen balesete, csonttörése volt és mikor?

Van-e bármilyen betegsége, mentális problémája?

Van-e bármilyen elváltozása (szemészeti, ortopédiai, stb.)

Szed-e rendszeresen gyógyszert? Mit? Milyen adagban?

Van-e a családban örökölhető, vagy említésre méltó krónikus betegség, mentális probléma?

Megjegyzés:

**Kérem a tisztelt szülőket, hogy a kérdéseket válaszolják meg (az anamnézisre vonatkozó válaszok a következő sorba írva zöld színűek lesznek a könnyebb feldolgozhatóság érdekében) és az** [**oszlanczine.berze@gmail.com**](mailto:oszlanczine.berze@gmail.com) **email címre küldjék vissza.**

Ugyanerre a címre kérem azokat a **leleteket beszkennelve**, amik alátámasztják a testneveléssel kapcsolatos esetleges egyedi elbírálást és a védőoltási könyvének az **oltásokat** tartalmazó oldalait beszkennelve (úgy, hogy valamilyen formában a név is szerepeljen az oldalon).

Tisztelettel:

Oszláncziné Dobos Mária

védőnő