

## Anamnesztikus lap

Tanuló neve:.....

Szakma:

Születési hely, idő:.....

Anyja születési neve:.....

TAJ szám:.....

Állandó lakcím:.....

Tartózkodási hely (ha eltér a fentitől):.....

Háziorvosa neve, rendelés címe:.....

Ki a gyermek nevelője? (szülők, nagyszülő, testvér, rokon, gyám, ).....

Szülő/gondviselő telefonos elérhetősége:.....

Előző iskola neve, címe:.....

A tanulónál előfordult jelentősebb betegségek (epilepszia, asztma, krupp, daganat, szerveltávolítás, gerincferdülés, műtét, stb.):.....

Áll-e jelenleg kivizsgálás, vagy kezelés alatt? Mi ez?.....

Szed-e rendszeresen gyógyszert? Mit?.....

Van-e allergiája élelmiszerre, gyógyszerre, fémre, növényekre, állatokra?

Mire?.....

Volt-e valamikor epilepsziás roszulléte, görcsroham, eszméletvesztése, ájulása?.....

Milyen fertőző betegségen esett át?.....

Visel-e szemüveget? (Lelet bemutatása).....

Volt-e balesete, törése, koponyasérülése?.....

Volt-e testnevelés alól felmentve, járt-e gyógytornára, gyógytestnevelésre, Mivel?

Egyéb egészségi állapottal kapcsolatos közlendő:.....

*A családban (anya/apa/testvérek) előfordult-e valamilyen komoly betegség?:*

Magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés, allergia, asztma, krónikus gyomor-bélrendszeri betegség, vese-húgyúti betegség, cukorbetegség, elhízás, epilepszia, elmebetegség, fejlődési rendellenesség, daganatos betegség, csökkent látás, vakság, nagyothallás,

egyéb:.....

Eltitkolt betegsége nincs. Kijelentem, hogy a fentiek a valóságnak megfelelnek.

Budapest, 2024. ....

tanuló aláírása

szülő/gondviselő aláírása