

Szülői nyilatkozat betegségekről, gyógyszereszedésről, allergiáról, gyógyszerérzékenységről

Kérjük nyomtatott betűvel kitölteni!

Gyermek neve:		
Születési dátuma:		
TAJ száma:		
Lakcíme:		
A törvényes képviselő (szülői felügyeleti jogot gyakorló szülő vagy gyám) illetve a egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16.§ (1) bekezdés a) pontja és 16.§ (6) bekezdése, illetve az 57.§ (4) bekezdése alapján meghatalmazott cselekvőképes személy neve és telefonszáma:	Név:	
	Telefonszám:	

	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.)		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel:		
Volt-e eszméletvesztéssel, ájulással járó rosszuléte, görcs, epilepszia?		
Rendszeresen szed-e gyógyszert?		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel:		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb,...)		
Amennyiben igen, kérem sorolja fel:		
Volt-e anafilaxiás reakciója? (ételre, gyógyszerre, méhcsípésre, egyéb)		
Allergia esetén milyen készítményt használ?		
A szülő értesítésén kívüli teendő?		

Az intézmény tájékoztatja a szülőket, hogy a tanuló egészségügyi adatainak kezelése az érvényes jogszabályoknak megfelelően történik.

Ha a jelen nyilatkozatban foglalt adatokban valamilyen változás történik, azt a szülő azonnali hatállyal köteles bejelenteni vagy módosított nyilatkozatot kitölteni.

Nyíregyháza,

szülő