

NYILATKOZAT
EGÉSZSÉGÜGYI ÁGAZATI BEISKOLÁZÁS
EGÉSZSÉGÜGYI ALKALMASSÁGI VIZSGÁLATHOZ

1. sz. melléklet

Tisztelt Háziorvos!

..... nevű páciense, TAJ: (szül.h., i.:);
an:.....; lakcím:.....)
egészségügyi szakdolgozói pályára készül. Alkalmassági vizsgálatához az alábbi adatokra lenne szükségünk, mivel bizonyos krónikus betegségek, állapotok kizárják az alkalmasságot. Kérem, hogy a felsorolt betegségek esetleges meglétéről tájékoztatni szíveskedjen.

A tanuló egészségi állapotára vonatkozó adatok:

- | | |
|--|------------|
| ❖ Hepatitis B elleni oltása van | igen / nem |
| ❖ Gyenge fejlettség, gyenge izomerő | igen / nem |
| ❖ Súlyos ortopédiai rendellenesség | igen / nem |
| ❖ Idült bőrbetegség | igen / nem |
| ❖ Súlyos vitium | igen / nem |
| ❖ Krónikus aspec. Légzőszervi betegségek (asthma bronchiale) | igen / nem |
| ❖ Epilepsia, egyéb idegrendszeri betegség | igen / nem |
| ❖ Gyógyszerallergia | igen / nem |
| ❖ Színtévesztés | igen / nem |
| ❖ Látásélesség csökkenése (szemész szakorvosi lelet) | igen / nem |
| ❖ Beszédhiba | igen / nem |
| ❖ Halláscsökkenés | igen / nem |
| ❖ Súlyos mozgásszervi fogyatékoság | igen / nem |
| ❖ Súlyos érzékszervi fogyatékoság | igen / nem |
| ❖ Pszichiátriai kezelés alatt áll-e/állt-e? | igen / nem |
| ❖ Szed-e rendszeresen gyógyszert? | |
| Ha igen, akkor a gyógyszer neve:..... | |
| ❖ Fel volt/van-e mentve testnevelésből? | |
| Ha igen, akkor miért? | |
| ❖ Kórházi kezelés, gondozás két éven belül volt-e? | |
| Ha igen, hol és miért? | |
| ❖ Krónikus betegségekben szenved-e? | |
| Ha igen, akkor milyen betegségben: | |
| ❖ Egyéb: | |

A Ferenczi Sándor Egészségügyi Szakközépiskola Ifjúság Egészségügyi Szolgálat hivatalosan deklarálja, hogy ezen nyilatkozatban foglalt információkat az adatvédelmi előírásoknak megfelelően kezeli, azokat kizárólag egyedi módon, a tanuló érdekében, zárt körben, szolgálati titoktartási terhe mellett használja fel.

Dátum:

.....
szülő/gondviselő

.....
házi orvos

Név (nyomtatott):

P.H.

Gondviselő telefonszáma: