

**telefon:** +36 70 684 8767

**email:** [fellner@tszc.hu](mailto:fellner@tszc.hu)

**cím:** 2800 Tatabánya Pilinszky János utca 3.

**KÓRELŐZMÉNY**

**Tisztelt Szülők!**

**Kérem Önöket, hogy gyermekük alaposabb megismerése és ellátása érdekében szíveskedjenek nyilatkozni a következőkről:**

Név: ………………………………………………………………………………………….

Osztály:…………… Szakma: …………………………………………………………………

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

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

Lakcím: ………………………………………………………………………………………..

TAJ száma: ……………………………………………………………………………………

Háziorvosának neve: ………………………………………….telefonszáma: …………….....

Gyermeküknek van-e gyógyszerérzékenysége? Ha van, milyen gyógyszerre?

…………………………………………………………………………………………………

Szenved-e valamilyen krónikus betegségben? (allergia, asthma, vesebetegség, májbetegség, szívbetegség, ízületi betegség, mozgásszervi betegség, bőrbetegség, idegrendszeri betegség – epilepsia, légzőszervi betegség)

Járt-e gyógytornára? ………………………………………………………………………….

Volt-e komolyabb betegsége? (a fentiek közül bármelyik, vagy egyéb)

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

Volt-e műtéte, balesete, kórházi kezelése, kivizsgálása? Ha igen, mi miatt?

…………………………………………………………………………………………………

Mely gyermekkori fertőző betegsége volt? (bárányhimlő, kanyaró, mumpsz, skarlát, rózsahimlő)

…………………………………………………………………………………………………

Visel-e szemüveget? (dioptria) ……………………………………………………………….

Volt-e testnevelési óra alól felmentve? ……………………………………………………….

Szülők – nagyszülők – testvérek közt van-e öröklődő, halmozódó betegség, hirtelen halál? (agyvérzés, infarktus, embólia, érszűkület, cukorbetegség)

…………………………………………………………………………………………………

Szed-e állandó gyógyszert? …………………………………………………………………….

…………………………..

szülő aláírása