

Csoport:

**TAJ- adatlap  
az egészségügyi ellátáshoz**

Gyermek neve: .....

Születési helye: .....

Születési ideje: .....

TAJ száma: .....

Állandó lakcíme: .....

Tartózkodási hely címe: .....

Anyja neve: .....

Telefonszáma: .....

Apja neve: .....

Telefonszáma: .....

Tudnivalók a gyermek egészségügyi állapotáról

A gyermek egészségügyi anamnézise (baleset, műtét, betegség):

.....

Van-e tartós betegsége?

- ételallergia: van / nincs .....

- gyógyszerallergia: van / nincs mire: .....

- anafilaxiás túlérzékenység: igen / nem – ha igen, mire:.....

Lázgörcse szokott lenni? igen / nem kezelése: .....

Diabetes: I-es típusú / II-es típusú / nem / egyéb.....

Egyéb krónikus betegsége: van / nincs Betegség megnevezése, tudnivalók:

.....

Szed-e rendszeresen gyógyszert: igen / nem

Milyen gyógyszert szed, ennek rendszeressége:

.....

Budapest, .....

.....  
szülő/gondviselő aláírása  
a szülők egyeztetett döntése alapján

A honlapon ([www.ovodacsicsergo.hu](http://www.ovodacsicsergo.hu)) lévő Adatkezelési tájékoztató alapján.