

ÖĞRENCİ SAĞLIK BİLGİ FORMU

Adı Soyadı : _____
Kan Grubu : _____
Cinsiyeti : E () K ()
Doğum Tarihi : _____

ACİL DURUMLARDA HABER VERİLECEK TELEFON NUMARALARI

1. Anne

Adı Soyadı : Tel No:

2. Baba :

Soyadı : Tel No:

3. Diğer Kişiler :

Yakınlık Derecesi :

Adı Soyadı : Tel No:

Ailede kalıtımla aktarılabilen bir hastalık var mı?			Akrabalık Derecesi		
Hastalık	Hayır	Evet ise hastalık adı	1. Derece	2. Derece	Uzak Akriba
Şeker Hastalığı					
Kan Hastalıkları					
Ailevi Akdeniz Ateşi					
Diğer:					

- Herhangi bir ilaca alerjisi var mı? Yanıtınız evet ise lütfen ayrıntılı bilgi veriniz.

.....

.....

- Öğrenci önemli bir çocukluk hastalığı geçirdi mi? Yanıtınız evet ise lütfen ayrıntılı bilgi veriniz.

.....

.....

- Kronik ya da tekrarlayan bir hastalığı var mı?

.....

.....

- Halen okul tarafından bilinmesinde yarar gördüğünüz bir ilaç tedavisi görüyor mu? Yanıtınız evet ise lütfen bilgi veriniz.

.....

.....

- Okul tarafından bilinmesinde yarar gördüğünüz önemli bir kaza geçirdi mi? Yanıtınız evet ise lütfen bilgi veriniz.

.....

.....

- Çocuğunuzun sağlık dosyasında yer almasında yarar gördüğünüz başka hususlar varsa lütfen belirtiniz.

.....

.....

Çok önemli bilgiler:

- Okulda hastalanması ya da kazaya uğraması halinde öğrencime gerekirse ilaç verilebilir.

Evet:.....

Hayır:.....

- Okulda hastalanması ya da kazaya uğraması halinde öğrencime ilkyardım yapılabilir.

Evet:.....

Hayır:.....

Veli Adı Soyadı