**ÖZEL DOĞAN KOLEJİ**

**2020/2021 ÖĞRETİM YILI**

**ÖĞRENCİ SAĞLIK BİLGİ FORMU**

Adı-Soyadı : …………………………………………………………

Kan Gurubu : …………………………………………………………

Cinsiyeti : E K

Doğum Tarihi : …………………………………………………………

Sağlık Sigortası Şirket Adı : …………………………………………………………

Poliçe No : …………………………………………………………

 **ACİL SEVK**

* Velisi bulunduğum ……….. sınıfı öğrencisi, …………………………………

…………………………’ın okul saatleri içerisinde hastaneye sevk ihtiyacı olduğunda ……………………………………….…………………………… Hastanesine sevkini istiyor ve masrafların tarafımca karşılanacağını beyan ediyorum.

* Hastane tercihim yok. Okulun yönlendireceği hastaneyi kabul ediyor ve masrafların tarafımca karşılanacağını beyan ediyorum.

**ACİL DURUMLARDA HABER VERİLECEK TELEFON NUMARALARI**

**Anne**

Adı Soyadı : …………………………………….. Cep Telefonu: ………………………

**Baba:**

Adı Soyadı: …………………………………….. . Cep Telefonu: ……………………..

**Diğer Kişiler:**

Adı Soyadı : …………………………………….. Cep Telefonu: ……………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Ailede kalıtımla aktarılabilen bir hastalık var mı?** |  **Akrabalık Derecesi**  |
| Hastalık  | Hayır | Evet ise hastalık adı | 1.Derece | 2.Derece | Uzak Akraba |
| 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 eve ise lütfen ayrıntılı bilgi veriniz.

……………………………………………………………………………………..,,

………………………………………………………………………………………

* Kronik ya da tekrarlayan bir hastalığı var mı?

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

* Okul tarafından bilinmesinde yarar gördüğünüz sürekli kullandığı bir ilaç var mı? Yanıtınız evet ise lütfen bilgi veriniz.

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

* Okul tarafından bilinmesinde yarar gördüğünüz önemli bir kaza geçirdi mi?

Yanıtınız eve 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 ilkyardım yapılabilir.

 Evet Hayır

* Öğrencimin zamanı gelen aşıları, önceden bildirilmek kaydıyla okulda yapılabilir.

 Evet Hayır

 Verdiğim bütün bilgiler eksiksiz ve doğrudur.

 Veli Adı Soyadı : …………………………..

 İmza : …………………………..

 Tarih : ………………………….