

ÕPILASE TERVISEINFO LAPSEVANEMALT

1. Lapse ees- ja perekonnanimi	2. Isikukood	

3. Kuidas Te hindate oma lapse tervislikku seisundit?	väga hea	<input type="radio"/>
	hea	<input type="radio"/>
	rahuldav	<input type="radio"/>
	halb	<input type="radio"/>
	väga halb	<input type="radio"/>
4. Kas Teie lapsel esineb püsivaid tervisehäireid?	Jah	Ei
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Kas Teie laps tarvitab pidevalt ravimeid?	Jah	Ei
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Kas Teie lapsel esineb ülitundlikkust või allergiat ravimitele?	Jah	Ei
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Kas Teie lapsel esineb ülitundlikkust või allergiat toidule?	Jah	Ei
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kas Teie lapsel ülitundlikkust või allergiat muudele ainetele?	Jah	Ei
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Palun nimetage Teie lapse põetud haigused, operatsioonid, vigastused jms.		

10. Millised on Teie lapsel sagedamini esinevad kaebused?			
Nohu	<input type="checkbox"/>	Peavalu	<input type="checkbox"/>
Hingamistakistus	<input type="checkbox"/>	Kõhuvalu	<input type="checkbox"/>
Kurguvalu	<input type="checkbox"/>	Luu- või liigesevalu	<input type="checkbox"/>
Kõrvavalu	<input type="checkbox"/>	Isutus	<input type="checkbox"/>
Krambid	<input type="checkbox"/>	Kõhukinnisus	<input type="checkbox"/>
Lööve	<input type="checkbox"/>	Väsimus	<input type="checkbox"/>
11. Kas Teie lapsele on probleeme nägemise, kuulmise või kõnega?			
		Jah	Ei
esineb nägemishäire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kannab prille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
esineb kuulmishäire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kasutab kuulmise abivahendit (nt kuuldeaparaati, implantaati)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
esineb kõnehäire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
esineb vajadus logopeediliseks raviks?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Kas Teie lapse esineb muid terviseprobleeme?			
		Jah	Ei
Kusepidamatus öösel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kusepidamatus päeval?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Roojapidamatus öösel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Roojapidamatus päeval?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Küünte närimine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rahutust/ärevust?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rahutu uni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kohanemiskäitumus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutuvalmidus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kartlikkus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Kes on Teie lapse perearst?			
Nimi:			
E-post:			
Telefon:			
14. Kelle ja kuhu teatada kui Teie laps koolis haigestub?			
Nimi:			
Seos lapsega:			
E-post:			
Telefon:			

15. Millest veel sooviksite informeerida kooli tervishoiutöötajat?

--

16. Kas tervishoiutöötaja võib oma äranägemisel rääkida õpetajate ja kooli tugimeeskonnaga Teie lapse tervise probleemidest, mis võivad mõjutada õppetöö tulemuslikkust?

Jah	Ei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Ankeedi täitja andmed

Nimi:	
Seos lapsega:	
E-post:	
Telefon:	
Allkiri	

Ankeet hoiustatakse Saue Gümnaasiumi tervishoiutöötaja juures.

TÄNAME!