



ÖĞRETMEN İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı :
Sınıfı :
Tarih :
Dersliğe gönderilen saat :

Teşhis Sonucu

- Öğrencinin durumu iyi
- Öğrenci gözlenmeli
- Öğrenci revirde dinleniyor
- Öğrenci eve gönderiliyor
- Öğrencinin yarası sarıldı
- Öğrencinin ailesine haber verildi
- Diğer

Hemşirenin Adı Soyadı
İmza



OKUL HEMŞİRESİ İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı :
Sınıfı :
Tarih :
Revire gönderilen saat :

Gönderilme Nedeni

- Baş ağrısı
- İncinme
- Bulantı
- Öksürük
- Boğaz ağrısı
- Kusma
- İshal
- Karın ağrısı
- Alerjik reaksiyon
- Kesik
- Diğer

Öğretmenin Adı Soyadı
İmza



INFORMATION FORM FOR THE TEACHER

Student's Name / Surname :

Class :

Date :

Sending Time :

Diagnosis Result

- Student is fine
- Student should be observed
- Student is resting
- Student is going home
- Student's had treatment
- Student's parent has been informed
- Other

Nurse's Name and Surname
Signature



INFORMATION FORM FOR THE SCHOOL NURSE

Student's Name / Surname :
Class :
Date :
Sending Time :

Reason, why student is sent.

- Headache
- Injury
- Nausea
- Cough
- Sour throat
- Vomiting
- Rash
- Stomach Ache
- Allergic Reaction
- Cut
- Other

Teacher's Name and Surname
Signature

SAĞLIK / ONAM FORMU

Değerli Velilerimiz,

Öğrencilerimizin sağlığını koruyabilmemiz, basit semptomlarda uygulamalar yapabilmemiz ve yaşanacak acil durumlarda müdahale edebilmemiz için; aşağıdaki uygulamaları okuyarak işaretlemeniz ve doldurulan formları 5 iş günü içerisinde okul hemşiresine iletmeniz gerekmektedir. Aşağıdaki durumlar dışında velinin sözel isteği ile öğrenciye ilaç verilmeyecektir. Öğrencilerin güvenliği açısından lütfen okula, öğrenci çantalarında ilaç göndermeyiniz. İlaçların veliler tarafından okul hemşiresine teslim edilmesi gerekmektedir. Çocuğunuzun okul saatleri içinde düzenli olarak kullanması gereken ilaçların verilebilmesi için doktoru tarafından verilen bir reçete gerekmektedir.

Saygılarımızla,
Okul İdaresi

-
- Çocuğuma okulda yaşanabilecek ,böcek ısırması, çarpma ve düşmeye bağlı kas ağrıları , uçuk vb.gibi sağlık problemlerinde basit krem, jel ve pomadlar uygulanmasına izin veriyorum.
- Çocuğumda oluşabilecek basit semptomlar için (baş ağrısı, ateş vb.) Parasetamol veya Ibuprofen içerikli ağrı kesici, ve ateş düşürücü gibi ilaçlar benim sözel onayım alınarak uygulanabilir.
- Çocuğuma aşağıda belirttiğim ilaçların okul hemşiresi tarafından gerektiği hallerde verilmesine izin veriyorum .
- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- Oluşabilecek sağlık durumunun ciddiyetine göre, aileye ulaşamama durumunda, okul idaresinin kararıyla, çocuğumun Üniversite Sağlık Merkezi'nin olanaklarından ya da 112'den yararlanılarak en yakın sağlık kurumuna nakline izin veriyorum.

Öğrencinin adı soyadı:.....

Sınıfı :

Velinin adı soyadı :.....

Velinin imzası :.....

HEALTH /CONSENT FORM

In order to enable us to protect the health of your child, treat him/her for simple symptoms or for emergencies, you need to read, mark, sign and return this form to the school nurse in 5 school days. Except for the conditions stated below, children will not be given medication(s) on parent's verbal request. Please do not send medication to school inside student backpacks. All medication should be handed to the school nurse by the parents. In order for the school nurse to administer the medication(s) your child uses regularly, during school hours, a prescription given by the child's doctor is needed.

Respectfully

School Administration

- I permit the school nurse to administer simple creams, gels and ointments to my child in case of insect bites, herpes, muscle aches caused by hits or falls .
- For simple symptoms (headaches, fever) painkillers or antipyretics like Paracetamol or Ibuprofen can be administered to my child upon my verbal consent.
- I permit the school nurse to administer following medication(s) to my child if needed.

1.....

2.....

3.....

4.....

- According to the severity of the health problem that has occurred, in case the family can not be reached at, with the decision of the School Administration, I permit my child to be transferred to the nearest medical establishment via 112 or the ambulance of the University's Health Center.

Name of the student :.....

Class :.....

Name of the parent :.....

Signature of the parent:.....