SZÜLŐI NYILATKOZAT A GYERMEK ISKOLA-EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁHOZ

Tisztelt Szülő!

Gyermeke iskola-egészségügyi ellátásához az alábbi információkra van szükségünk.

Kérjük, válaszoljon a következő kérdésekre, szükség esetén a kitöltéshez kérje az iskola-egészségügyi szolgálat, vagy a házi gyermekorvos segítségét!

Adataikat az 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről, valamint a 2016/679 Európai Unió Adatvédelmi Rendelete GDPR törvénynek megfelelően kezeljük, tároljuk.

|  |
| --- |
| **A tanuló neve:** |
| Születési hely: idő: TAJ szám: |
| Lakcím: |
| Anyja leánykori neve: Tel: |
| Háziorvos neve: elérhetősége: |

**A gyermek egészségi állapotára vonatkozó adatok.**

***Kérjük a megfelelőt beírni, bekarikázni, pontosan megnevezni!***

|  |
| --- |
| **Születési hét, súly**: |
| **Veleszületett fejlődési rendellenesség**: nem igen : |
| **Fertőző betegségek**: bárányhimlő, rubeola (rózsahimlő), skarlát, mumpsz egyéb: |
| **Gyógyszerallergia**: nem, igen: |
| **Egyéb allergia**: nem, igen: |
| **Étel allergia**: nem, igen: |
| **Műtétek megnevezése**: időpontja: zárójelentést kérjük csatolni |
| időpontja: zárójelentést kérjük csatolni |
| időpontja: zárójelentést kérjük csatolni |
| **Baleset** (szakellátást igénylő): zárójelentést kérjük csatolni |
| **Feküdt-e kórházban a fenti műtéteken kívül, és miért?** zárójelentést kérjük csatolni |
|  |
| **Krónikus betegségek alábbiak közül:** *(gondozási leletek másolatát kérjük beküldeni)* |
| Szív – tüdő – vese, húgyutak – cukor – mozgásszervek – epilepszia – idegrendszeri – emésztőrendszeri –  magas vérnyomás – túlsúly – egyéb: |
| **Krónikus betegség neve**: gondozás kezdete: gondozás vége: |
| gondozás kezdete: gondozás vége: |
| gondozás kezdete: gondozás vége: |
| **Volt-e eszméletvesztéssel járó rosszulléte?** nem igen |
| **Érzékszervi problémák** |
| Látásprobléma: nincs van szemüvege adatai (dioptria szám): leletet kérjük csatolni |
| Hallásprobléma: nincs van hallókészülék: nincs van leletet kérjük csatolni |
| Sajátos nevelési igényű gyermek (SNI) nem igen, oka: |
| Érzelmi, magatartási probléma: volt – nincs – van: hiperaktivitás – figyelemzavar – depresszió – szorongás – beilleszkedési - magatartási probléma – egyéb: |
| **Gyógyszerei** (rendszeres): |
| **Gyermek jelenlegi iskolájának (neve+címe):** |
| **Egyéb közölnivaló** (pl. járt-e valaha gyógytestnevelésre (mikor), testnevelési felmentések, sportol e valamit rendszeresen, egyéb) |

A gyermeke betegségre való hajlamosító tényezőinek felderítése és hatékony megelőzés érdekében kérjük, nyilatkozzon a családban előforduló betegségekről:

Családban fordult-e elő örökletes megbetegedés? (ha igen, mi az, kinél)

Szülőnek, testvérnek van-e krónikus betegsége? (ha igen, mi az)

SZÜLŐI NYILATKOZAT A GYERMEK ISKOLA-EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁHOZ

Minden egészségügyi elváltozásról, melynek következtében a tanuló egészsége vagy élete veszélynek van kitéve (a legszükségesebb tényeket) a tanuló osztályfőnökével, gyakorlati oktatóival, testnevelő tanárával közölhetjük-e?

**Kérjük a megfelelőt aláhúzni! HOZZÁJÁRULOK NEM JÁRULOK HOZZÁ**

**Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs.**

**Hozzájárulok, hogy gyermekem akut betegség esetén/pl. fejfájás, láz/ az iskolában gyógyszert kaphasson:**

**Kérjük a megfelelőt aláhúzni! IGEN NEM**

**További közlendőink:**

**Torna alóli felmentést – testnevelés besorolást csak az iskolaorvos adhat ortopédiai v. egyéb szakorvos javaslatára! Ehhez szükséges szakorvosi leletek bemutatását minden tanév szeptemberében kérjük!**

Az iskolaorvosi rendelőben betegrendelés nincs, ez a háziorvos feladata, csak az aznap jelentkező sürgősségi – akut eseteket tudjuk ellátni. A járványok elkerülése és állapotrosszabbodás miatt, ne küldjék gyermeküket betegen az iskolába! Minden tanuló a TAJ – kártyájának másolatát mindig hozza magával!

*Ha gyermekének állandóan gyógyszert kell szednie, azt feltétlenül mindig hozza magával, és azt mások számára nem hozzáférhető helyen tárolja!*

**Tájékoztatjuk, hogy gyermekének pályaalkalmassági vizsgálaton minden tanévben kötelező lesz részt vennie.** A vizsgálat az alábbiakat tartalmazza: testmagasság- testsúly-vérnyomás mérés, látás-hallásszűrés, mozgásszervi vizsgálat. **A pályaalkalmassági vizsgálatok időpontjáról az e-naplóban, vagy az osztályfőnököknél tájékozódhat.** A vizsgálat eredményéről leletet adunk. Amennyiben elváltozást találunk gyermekénél, szakorvosi vizsgálatra küldjük. Kérjük, szorgalmazzák a vizsgálatok (kontrollok) mielőbbi elvégzését, és utána a lelet visszajuttatását iskolaorvosi rendelésünkre!

**A személyes adatok kezelője**: KMASZC Varga Márton Kertészeti és Földmérési Technikum és

Kollégium iskolaorvosa**: dr Fejes Annamária** és

iskolavédőnője: **Bertus Jolán** [Tel: +36](mailto:Tel:%20+36) 70 529 1920, E-mail: kosztyunej@zesz.hu

**Az adatkezelés célja**: gyermekek ingyenes egészségügyi ellátásához való jogának érvényesítése.

**Az adatkezelés jogalapja**: a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC: törvény.

A kezelt adatok köre: a gyermek neve, születési helye és ideje, lakóhelye, tartózkodási helye, társadalombiztosítási azonosító jele, szülője, törvényes képviselője lakóhelye, tartózkodási helye és telefonszáma, az iskola-egészségügyi dokumentáció, a tanuló – és gyermekbalesetre vonatkozó adatok.

A szűrések és vizsgálatokról a tájékoztatást írásban megkaptam:

Dátum: ……………….......

Szülő aláírása