**NYILATKOZAT EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRÓL**

Gyermekük zavartalan iskola-egészségügyi ellátása érdekében kérjük, szíveskedjenek válaszolni az alábbi kérdésekre! Az adatokat a mindenkori

hatályos törvényi előírásoknak megfelelően kezeljük.

Tanuló neve: …………………………………… Osztálya: ……………………...…...…..

Születési hely: ………………………………… Születési idő:……………….……….. TAJ szám:…………......………………..Édesanyja neve (leánykori név):………............................

Lakcím:………………….……...…………………………………………………………………………………

Gyermek háziorvosának neve: ………………………...………………………………………………….

Az előző óvoda/ iskola neve, címe:………………………………………………...…………………….

Probléma esetén szülő elérhetősége: …………………………………………………………………..

Van-e gyógyszerérzékenysége (ha igen, mire)? ……………………………………………………

Egyéb allergiája (bőr, táplálék, szénanátha stb.)?.......................................................................

Egyéb betegsége? (pl. szív, vese, aszthma, cukorbetegség, epilepszia, vérszegénység stb.)……………………………………………………………………………………………………………………

Jár-e valamilyen gondozóba? (kardiológia, vese, máj.............................................................

Szed-e rendszeresen gyógyszert? (ha igen, mit)............................................................……….

Milyen gyermekkori fertőző betegségeken esett át? ………………..…………………………..

Feküdt-e kórházban (ha igen, műtét, betegség megnevezése): …………………................

Volt-e eszméletvesztéssel járó rosszulléte? (ha igen, mi okozta)……………………………

Visel-e szemüveget? (ha igen, kérem 1 éven belüli leletet hozzon).....................................

Színtévesztő-e? …………………………………………. Halláscsökkenése van-e? …………………

Családban van-e krónikus betegség? (ha igen, betegség megnevezése)…………………..

Hozzájárul-e, hogy gyermeke a tanévek során akutan felmerülő panasz esetén gyógyszert (pl. Algopyrin, Rubophen, Algoflex, No-Spa, B6-vitamin stb.) kapjon az orvosi rendelőben? IGEN NEM

Tudomásul veszi, hogy a tanuló a tanévek során (9. 10. 12. évfolyamokon), szűrővizsgálaton vesz részt az iskola orvosi rendelőjében! *Amennyiben gyermeke egészségi állapotában változás következik be, szakorvosi gondozásba vételre kerül sor, kérem, a kapott lelet másolatát minden esetben juttassa el az ifjúság - egészségügyi szolgálat számára!*

**A kitöltött kérdőívvel együtt kérem, szíveskedjen a gyermek oltási könyvének (Gyermek-egészségügyi kiskönyv) fénymásolatát is leadni!**

Alulírott…………………………………….(szülő/gondviselő) hozzájárulok ahhoz, hogy gyermekem személyes és egészségügyi adatait iskola-egészségügyi ellátás céljából az Iskola-egészségügyi Szolgálat kezelje. Kijelentem, hogy a lenti adatvédelmi tájékoztatást tudomásul vettem.

 ………………………….........................................

 Pécs,…………………... szülő/gondviselő aláírása

Jelen **adatvédelmi tájékoztató** az Európa Parlament és Tanács 2016/679. rendelete, az 1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről, az 1997. évi XLVII. tv. az egészségügyhöz kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és a 2011. évi CXII. tv. betartása érdekében készült az adatkezelő adatvédelmi szabályzata alapján. Az iskola-egészségügyi ellátáshoz szükséges személyes és az egészségügyi adatok kezelése, továbbítása és tárolása írásos illetve elektronikus formában történik, a dokumentumokat az 1997. évi XLVII. tv. 30.§ rendelkezései szerint 30 évig tároljuk. Adatkezelésre jogosult a VILEGA Iskolavédőnői Szolgáltató Kft (vilegakft@gmail.com) és az EEI Ifjúság-egészségügyi orvosa. Tájékoztatjuk, hogy panasszal az Egyetem egészségügyi adatvédelmi tisztviselőjéhez (dr. Románcz Erzsébet (romancz.erzsebet@pte.hu, tel: 72/533-133 mellék: 33018), illetve a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz  (NAIH) (1125 Bp. Szilágyi E. fasor 22.C, (ügyfelszolgalat@naih.hu) fordulhat.