

Lapsevanema poolt antud info õpilase tervise kohta ja nõusolek protseduuride läbiviimiseks

Teie lapse tervise ja heaolu huvides palub koolitervishoiutöötaja vastata alljärgnevatele küsimustele. Andmed on konfidentsiaalsed ega kuulu edastamisele kolmandale isikule Teie nõusolekuta.

1. Õpilane

Ees- ja perekonnanimi

isikukood

Elukoha aadress

2. Vanemad

Ees- ja perekonnanimi

Telefon

E – post:

Sugulus/kasvatussuhe õpilasega:

Ema Isa vanavanem eestkostja

Ees- ja perekonnanimi

Telefon

E – post:

Sugulus/kasvatussuhe õpilasega:

Ema Isa vanavanem eestkostja

3. Kuidas Te Hindate oma lapse tervislikku seisundit?

Väga hea Hea Rahuldav Halb

4. Kas Teie lapsel esineb püsivaid tervisehäireid?

Ei

Jah (palun täpsustada)

5. Kas Teie lapsel esineb ülitundlikkust/allergiat?

Ei

Jah (palun täpsustada)

toiduained

ravimid

6. Missugused on Teie lapsel esinevad sagedasemad kaebused?

kaebused puuduvad rahutus väsimus peavalu kurguvalu

luu- ja liigesvalu hingamistakistus nohu kõhuvalu

isutus kõhukinnisus

muu (palun täpsustada)

7. Kas ja millised ravimeid teie laps pidevalt tarvitab?

Ei

Jah (palun täpsustada)

8. Teie lapse nägemine, kuulmine ja kõne:

Nägemine

kõrvalekalleteta prillid/kontaktläätsed

Kuulmine

kõrvalekalleteta kuulmisaparaat

Kõne

kõrvalekalleteta kõnedefekt (palun täpsustada)

9. Palun nimetage Teie lapse põetud haigused, vigastused, operatsioonid.

10. Kas olete nõus, et Teie lapsele teostatakse koolitervishoiutöötaja poolt ennetava tervisekontrolli ajakavas (sotsiaalministri 13.08.2010. a määrus nr 54) olevad läbivaatused 1, 3, 7 ja 10 klassides?

Teie lapse tervisekontrolli tulemused on nähtavad terviseinfosüsteemis www.terviseportaal.ee

Jah Ei

11. Kas Teie lapsele on teostatud vaksineerimised vastavalt riiklikule immuniseerimiskavale?

Jah Ei Ei tea

12. Kas olete nõus, et Teie lapse vaktsineerimist jätkatakse koolis riikliku immuniseerimiskava kohaselt (tervise- ja tööministri 02.03.2017.a määrus nr 9).

- Inimese papilloomviiruse vastu (HPV) - 12 a.
- leetrite- mumps- punetiste vastu (MMR) - 13 a.
- difteeria- teetanuse -lökaköha vastu (dTaP) - 15-17 a.

Jah Ei

Enne iga vaktsineerimist küsitakse alati lapsevanema allkirjastatud luba!

13. Kas olete nõus, et teenuse osutamisel töödeldakse Teie lapse isikuandmeid, sh eriliiki isikuandmeid (terviseandmeid), kooskõlas õigusaktidega koolitervishoiuteenuse osutamise eesmärgil ja andmete töötlemisega tervise infosüsteemis?

Jah Ei

14. Kas olete nõus, et vajadusel koolitervishoiutöötaja teavitab lapse terviseprobleemist kooli personali (klassijuhataja, kehalise kasvatuse õpetaja, toitlustaja)?

Jah Ei

Ankeedi täitja ees – ja perekonnanimi

Allkiri/Digiallkiri

Kuupäev

Täname küsimustiku täitmise eest ja soovime meeldivat koostööd!

Kooliõde:

Nimi

Telefon:

E-post: