Szülői nyilatkozat egészségügyi ellátásról

Kérjük, jelölje X jellel - pontonként - az Ön nyilatkozatát gyermeke orvosi-egészségügyi kezelésével

kapcsolatban!

***2021-2022 tanévre***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sorszám | Nyilatkozat tartalma | IGEN | NEM |
| 1. | Tudomásul veszem, hogy amennyiben gyermekem sürgősségi ellátást igényel, **az iskola dolgozói intézkednek** (baleset, életveszély, rosszullét). |  |  |
| 2. | Hozzájárulok, hogy **akut megbetegedés esetén** gyermekemet az iskola gyermekorvosa orvosi ellátásban részesítse. |  |  |
| 3. | Tudomásul veszem, hogy gyermekemet az Iskola-egészségügyi Szolgálat **iskolaorvos**a a törvényekben leírt, **kötelező szűrővizsgálatok** alkalmával megvizsgálja. |  |  |
| 4. | Hozzájárulok, hogy gyermekemet az intézmény ortopéd **orvosa szakorvosi ellátásban** részesítse. |  |  |
| 5. | Hozzájárulok, hogy gyermekemet az intézmény neurológus orvosa szakorvosi ellátásban részesítse. |  |  |
| 6. | Hozzájárulok, hogy gyermekemet az intézmény mindenkori fogorvosa **szakorvosi ellátásban** részesítse. |  |  |
| 7. | Hozzájárulok, hogy gyermekem a kötelező védőoltásokat az iskolában megkapja. |  |  |
| 8. | Hozzájárulok, hogy gyermekem a **NEM** kötelező, de ajánlott védőoltásokat, előzetes értesítés után az iskolában megkapja. |  |  |
| 9. | Hozzájárulok, hogy gyermekem az influenza elleni védőoltás**t** az iskolában megkapja. |  |  |
| 10. | Hozzájárulok, hogy **fejtetvesség** esetén, vagy annak megelőzése érdekében, gyermekemet lekezeljék az iskolában. |  |  |
| 11. | Tudomásul veszem, hogy három egymást követő ellenőrzés alkalmával a visszaesők esetén az iskola az ÁNTSZ segítségét kéri. |  |  |
| 12. | Tudomásul veszem, hogy fertőző bőrelváltozás (pl: gombás fertőzés) gyanúja esetén szakorvosi igazolás (bőrgyógyász) szükséges az iskolába lépéshez. |  |  |
| 13. | Beleegyezem, hogy bármilyen szükséges ambuláns ellátás során az ellátásról szóló beleegyező nyilatkozatot a betegszoba asszisztense aláírhassa. |  |  |
| 14. | Tudomásul veszem, hogy gyermekemet akut betegsége esetén, értesítés után, 24 órán belül hazaszállítom, vagy saját magam vagy a betegszállító szolgálattal. |  |  |

A fenti táblázat minden sorát elolvastam, pontonként nyilatkoztam, az abban foglaltakat megértettem és nyilatkozataimat visszavonásig fenntartom.

Budapest, 2021. ………………………

…………….……………………………………

aláírás – szülő/gondviselő

*2021-2022 tanévre*

Szülői nyilatkozat gyógyszerszedésről, allergiáról, gyógyszerérzékenységről

Kérjük, értelemszerűen tegye meg nyilatkozatát, illetve adja meg a kért információkat!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nyilatkozat tartalma | Nyilatkozat | |
| sorszám | IGEN | NEM |
| 1. | Gyermekem **állandó gyógyszer**t szed sajátos időbeosztással. |  |  |
| 2. | Gyermekem állandó gyógyszert szed reggel. |  |  |
| 3. | Gyermekem állandó gyógyszert szed délben. |  |  |
| 4. | Gyermekem állandó gyógyszert szed este. |  |  |
| 5. | Gyermekem epilepsziás. |  |  |
| 6. | Gyermekem **eclampsziás.** |  |  |
| 7. | Gyermekem **asthmás**. |  |  |
| 9. | Tudomásul veszem, hogy gyermekem **állandó gyógyszereinek a kiváltásáról és beküldéséről folyamatosan gondoskodom.** |  |  |
| 10. | Amennyiben gyermekem **napközis,** tudomásul veszem, hogy a **reggeli és/vagy esti** gyógyszer beadásáról magam gondoskodom. |  |  |
| 11. | Tudomásul veszem, hogy az **állandóan szedett gyógyszerekkel kapcsolatos információkr**ól (gyógyszer megnevezése, adagolása stb.), illetve azok változásáról a betegszoba munkatársai számára tájékoztatást nyújtok. |  |  |
| 12. | Gyermekem **allergiás, és/vagy gyógyszer érzékeny**. |  |  |
| 13. | Tudomásul veszem, hogy az allergiáról, gyógyszerérzékenységről a betegszoba munkatársait tájékoztatom, az azzal kapcsolatos dokumentáció másolatát átadom. |  |  |

A fenti táblázat minden sorát elolvastam, pontonként nyilatkoztam, az abban foglaltakat megértettem és nyilatkozataimat visszavonásig fenntartom.

Budapest, 2021. …………………….

…………….……………………………………

aláírás – szülő/gondviselő

2021-2022-es tanévre

Tájékoztató a betegszállításról

A betegszállítás megrendelésében az elmúlt években bekövetkezett változások miatt kérjük az alábbi módosítások figyelembe vételét.

Rendszeres betegszállítás a **gyermek lakcímkártyáján szereplő címre** történhet. Csak egyéni, írásos kérelem alapján lehetséges ettől eltekinteni.

A tanév közbeni **lakcímváltozásokról** kérjük a betegszállítási koordinátor **azonnali értesítését** a **lakcímkártya másolatának** leadásával. (Egyébként a szállítás a régi lakcímkártyán szereplő címre történik.)

A gyermek szállításának (haza vagy az iskolába) lemondása minden hét szerda 12 óráig lehetséges a betegszállítási koordinátornál (telefon: +36 1/372-7342 ). **Betegség miatti távollét után mindig a gyermek háziorvosa rendel visszaszállítást, nem az iskola!**

Ugyanez vonatkozik a tanévkezdésre is.

**A szállítás megrendelése minden héten szerdán történik, utána már nem biztos, hogy tudják vállalni.**

Fontos tudni, hogy **a betegszállítás sosem fix időpontban történik**, így gyakran előfordul, hogy csak késő éjszaka érnek haza a gyerekek, illetve, hogy kora hajnalban indulnak vissza. Azzal is számolni kell, hogy ritkán, de előfordul rajtunk kívül eső okokból, hogy nem jön betegszállító a gyermekért, ilyen esetben a szülőnek kell gondoskodnia a hazaszállításról, vagy meg kell várnia a következő napi szállítást. Addig természetesen ügyeletet biztosítunk.

Szállítás lemondásának elmulasztása, felesleges kivonulás esetén a saját és az intézmény többi tanulójának rendszeres szállítását kockáztatják, illetve a szállító cég dönthet arról is, hogy az indokolatlan kiszállás miatt kifizetteti a szülővel a szállítás költségét.

Kérjük a fentiek megértését és tudomásul vételét.

A betegszállítással kapcsolatos információkat, illetve az iskolába és a hazaszállításra vonatkozó lehetőségeket és szabályokat a 2021/2022. tanévre megismertem és tudomásul vettem.

Budapest, 2021. …………………………….

…………….……………………………………

aláírás – szülő/gondviselő