

**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](http://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: