Szombathelyi Kanizsai Dorottya Gimnázium

9700 Szombathely, Aréna u. 10. 036729

N Y I L A T K O Z A T

a gyermek, tanuló fokozott kockázatú allergiás betegségéről és a megteendő sürgősségi intézkedésekről

(a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény 24. § (5b)–(5c) bekezdése és 72. § (1a) bekezdése alapján)

Kitöltési tájékoztató

Ezt a nyomtatványt kizárólag annak a gyermeknek, tanulónak a szülője (törvényes képviselője) tölti ki és nyújtja be, akinél orvos fokozott kockázatú allergiás betegséget állapított meg. Ha gyermekének nincs ilyen betegsége, a nyomtatványt nem kell visszaküldenie.

A bejelentést a törvény szerint a beiratkozással egyidejűleg, ha pedig a diagnózis később válik ismertté, a tudomásszerzést követően haladéktalanul kell megtenni.

A kitöltés előtt kérjük, olvassa el az adatkezelési tájékoztatót [tájékoztató elérhetősége: https://www.kdg.edu.hu/]. Az itt megadott adatokat kizárólag gyermeke biztonságos napközbeni ellátása érdekében kezeljük.

1. A gyermek, tanuló adatai

Neve	
Születési helye és ideje	
Osztálya	

2. A nyilatkozattevő szülő (törvényes képviselő) és az értesítendő személyek

Neve	
Telefonszáma (a nevelési-oktatási időben elérhető)	
További értesítendő személy neve és telefonszáma	

3. A betegség adatai

A diagnózis megnevezése az orvosi dokumentum szerint	
A reakciót kiváltó anyag(ok), allergén(ek)	
A diagnózist megállapító orvos vagy egészségügyi szolgáltató neve, a dokumentum kelte	
Történt-e korábban súlyos (anafilaxiás) reakció? Ha igen, mikor?	*igen / nem* ……

Egyéb, rendszeresen szedett gyógyszer, amely a sürgősségi ellátás szempontjából jelentős	

4. A reakció felismerhető, figyelmeztető tünetei

(a kezelőorvos tájékoztatása szerint – például bőrpír, csalánkiütés, ajak- vagy nyelvduzzanat, nehézlégzés, sápadtság, hányás)

.....

.....

.....

5. A megteendő sürgősségi intézkedések

(a kezelőorvos előírása szerint: mit kell tenni, milyen sorrendben, mikor kell mentőt hívni)

.....

.....

.....

.....

Ha rendelkezik a kezelőorvos által kiadott írásbeli sürgősségi ellátási tervvel, kérjük, annak másolatát csatolja a nyilatkozathoz.

6. Az életmentő gyógyszer

A gyógyszer megnevezése és hatóanyaga	
Adagja, alkalmazásának módja	
Lejárati ideje	
Hol tartja a gyermek, tanuló?	
A gyermek, tanuló önállóan alkalmazni tudja?	*igen / csak segítséggel / nem*

7. A szülő kérése az intézmény felé (kitöltése nem kötelező)

Kérem, hogy ha gyermekem sürgősségi helyzetben az életmentő gyógyszert önállóan alkalmazni nem tudja, az intézmény jelen lévő munkatársa – a tőle elvárható módon, a mentőszolgálat egyidejű értesítése mellett – nyújtson ehhez segítséget.

kérem / nem kérem

Tájékoztatjuk, hogy a köznevelési szabályozás csak az 1-es típusú diabétesszel élő gyermek esetében rendezi külön, hogy az iskolaigazgató mely munkatársának és milyen feltételekkel írhatja elő a gyógyszer beadását (Nkt. 62. § (1a)–(1c) bekezdés). Fokozott kockázatú allergiás betegség esetén ilyen külön köznevelési szabály nincs.

Iskolánk nem egészségügyi szolgáltató, munkatársai nem egészségügyi dolgozók. Sürgős szükség esetén az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 5. § (3) bekezdés e) pontja szerinti általános kötelezettség alapján, a tőlük elvárható módon nyújtanak segítséget, és haladéktalanul értesítik a mentőszolgálatot.

8. A szülő (törvényes képviselő) nyilatkozatai

(kérjük, mindegyik négyzetet jelölje be)

- ☐ Gondoskodom arról, hogy gyermekem az életmentő gyógyszert az intézményben töltött teljes idő alatt magánál tartsa, és a lejárat előtt gondoskodom a cseréjéről. (Nkt. 72. § (1a) bekezdés)
- ☐ A fenti adatok bármely változásáról – új diagnózis, más gyógyszer, megváltozott elérhetőség – haladéktalanul tájékoztatom az intézményt.
- ☐ Tudomásul veszem, hogy az intézmény a fenti adatokat gyermekem biztonságos napközbeni ellátása érdekében megismerteti a gyermekemmel foglalkozó, illetve a felügyeletét ellátó munkatársakkal, akiket határidő nélküli titoktartási kötelezettség terhel.
- ☐ Az adatkezelési tájékoztatót megismertem.
- ☐ A megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

Diétás étkeztetés – külön eljárás

Ez a nyilatkozat a diétás gyermekétkeztetés igénylésére nem alkalmas. Ha gyermeke az intézményben étkezik, és táplálékallergia vagy táplálékintolerancia miatt diétás étrendre szorul, ahhoz a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló 37/2014. (IV. 30.) EMMI rendelet 15. § (1) bekezdése és 15/B. §-a szerinti tartalmú szakorvosi igazolást kell benyújtania. A már benyújtott igény módosításához új szakorvosi igazolás szükséges.

Kelt: [helység], …… év …… hó …… nap

szülő (törvényes képviselő) aláírása

Az iskola tölti ki

Az átvétel dátuma	
Az átvevő neve, beosztása	
A tájékoztatásban részesített munkatársak köre	
Iktatószám	