

- Jah (*palume täpsustada*) _____

9. Teie lapse nägemine, kuulmine ja kõne

Nägemine

- Kõrvalekalleteta
- Prillid
- kontaktläätsed

Kuulmine

- kõrvalekalleteta
- kuulmisaparaat

Kõne

- kõrvalekalleteta
- kõnedefekt
(täpsustada) _____

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

11. Kas olete nõus, et Teie lapsele teostatakse koolitervishoiutöötaja poolt ennetava tervisekontrolli ajakavas (*terviseministri määrus 13.01.2025. a määrus nr 3*) olevad läbivaatused 1, 3, 7 ja 10 klassides?

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

- Jah Ei

12. Kas Teie lapsele on teostatud vaktsineerimised vastavalt riiklikule immuniseerimiskavale?

- Jah Ei

13. Kas olete nõus, et Teie lapse vaktsineerimist jätkatakse koolis riikliku immuniseerimiskava kohaselt (*tervise- ja tööministri 27.08.2024. a määrus nr 32*)?

Inimese papilloomviiruse vastu (HPV) – 12a

Leetrite- mumps- punetiste vastu (MMR) – 13a

Difteeria- teetanuse- läkakõha vastu (dTaP) - 15-17 a

Enne iga vaktsineerimist küsitakse alati lapsevanema allkirjastatud luba!

- Jah Ei

14. 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

15. Kas olete nõus, et vajadusel koolitervishoiutöötaja teavitab lapse terviseprobleemist kooli personali (*klassijuhataja, kehalise kasvatusõpetaja, toitlustaja*)?

- Jah Ei

Ankeedi täitja ees – ja perekonnanimi _____

Allkiri _____ Kuupäev _____

Täname küsimustiku täitmise eest ja soovime meeldivat koostööd!

Kooliõe nimi: Linda Ink (N14038) Tel: + 372 58102139 e-post : linda.ink@tnpk.ee