Lapsevanema poolt antud info õpilase tervise kohta ja nõusolek protseduuride läbiviimiseks

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

1. Õpilane

Ees- ja perekonnanimi _____

Isikukood: I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I Telefon: _____

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)*_____

7. Missugused on Teie lapsel esinevad sagedasemad kaebused?

- Kaebused puuduvad
- Rahutus
- Väsimus
- Peavalu
- Kurguvalu
- Luu ja liigesvalu
- Hingamistakistus
- Nohu
- Kõhuvalu
- Isutus
- kõhukinnisus
- muu *(palume täpsustada)*_____

8. Kas ja millised ravimeid teie laps pidevalt tarvitab?

- Ei

- 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- mumpsi- punetiste vastu (MMR) – 13a
Difteeria- teetanuse- läkaköha 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 kasvatuse õpetaja, 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