

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 _____

Isukukood: I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

2. Perearst

Nimi _____ Telefon _____

3. Vanemad

❖ Ees- ja perekonnanimi _____

Telefon: _____ e – post: _____

Sugulus/kasvatussuhe õpilasega:

ema
vanavanem
isa
kasuvanem

❖ Ees- ja perekonnanimi _____

Telefon: _____ e – post: _____

Sugulus/kasvatussuhe õpilasega:

ema
vanavanem
isa
kasuvanem

4. Kuidas Te Hindate oma lapse tervislikku seisundit?

Väga Hea
Hea
Rahuldav
Halb

Väga hea

5. Kas Teie lapsel esineb püsivaid tervisehäireid?

Ei

Jah (*palun täpsustada*) _____

6. Kas Teie lapsel esineb ülitundlikust/allergiat

Ei

Jah (*palun täpsustada*) *toiduained* _____
Ravimid _____

7. Missugused on Teie lapsel esinevad sagedasemad kaebused?

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kaebused puuduvad | <input type="checkbox"/> Kurguvalu | <input type="checkbox"/> Kõhuvalu |
| <input type="checkbox"/> Rahutus | <input type="checkbox"/> Luu ja liigesvalu | <input type="checkbox"/> Isutus |
| <input type="checkbox"/> Väsimus | <input type="checkbox"/> Hingamistakistus | <input type="checkbox"/> kõhukinnisus |
| <input type="checkbox"/> Peavalu | <input type="checkbox"/> Nohu | |
| <input type="checkbox"/> muu (<i>palume täpsustada</i>) _____ | | |

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 lapsele teostatakse koolitervishoiutöötaja poolt ennetava tervisekontrolli ajakavas olevad läbivaatused?

- Jah ei

12. Kas olete nõus, et lapse vaksineerimist vastavalt riikliku immuniseerimiskava kohaselt (SM 21. Märts 2007 määrs nr 34) jätkatakse koolis?

- Jah ei

13. Kas Teie lapsele on väljastatud immuniseerimise pass?

- Jah ei

14. Kas olete nõus, et vajadusel koolitervishoiutöötaja teavitab lapse terviseprobleemist kooli personali (*klassijuhataja, kehalise kasvataja õpetaja, koolilõuna pakkuja*)?

- ei
 Jah

Ankeedi täitja ees – ja perekonnanimi _____

Allkiri _____ Kuupäev _____

Täname küsimustiku täitmise eest ja soovime meeldivat koostööd!

Kooliõde: Elika Avila (N 14277) Telefon: 58 503 063

e- post: kooliode.elika@gmail.com