

1. sz. melléklet

KÉRELEM

Tárgy: Kérem az 1-es típusú
diabétesszel élő gyermek ellátására

Általános Iskola
igazgatója részére

Alulírott _____ (szülő/gondviselő neve),
_____ (lakcím) alatti lakos, mint a
_____ (név) _____ osztályos tanuló
(születési hely, idő: _____, anyja neve:
_____) szülője/törvényes képviselője, gondviselője, kérem, hogy az
1-es típusú diabétesszel élő gyermekemnek az Általános Iskolában a nemzeti köznevelésről
szóló 2011. évi CXCV. törvény 62. § (1a) bekezdésében biztosított eljárásnak megfelelően
202____ - től a kérelemhez csatolt,
_____ nevű egészségügyi
intézmény által kiadott szakvélemény/orvosi igazolás alapján, az 1-es típusú diabétesznek
megfelelő ellátásról gondoskodni szíveskedjen.

Kimondottan hozzájárulok,

hogy gyermekem számára a diabéteszgondozást segítő személy

- ☐ inzult adjon be,
- ☐ vércukorszintet mérjen hagyományos vércukormérő eszközzel a csatolt gondozási terv szerint.

Nem járulok hozzá,

hogy gyermekem számára a diabéteszgondozást segítő személy

- ☐ inzult adjon be,
- ☐ vércukorszintet mérjen hagyományos vércukormérő eszközzel, de kérem, hogy a diabéteszgondozásának felügyeletét biztosítani szíveskedjék.

(A megfelelő rubrika kerüljön bejelölésre!)

A csatolt diabéteszgondozási tervtől csak a szülővel történt egyeztetés után és a szülői instrukcióknak megfelelően lehet eltérni. A gondozási tervtől eltérő élethelyzetben vagy kérdés, bizonytalanság esetén kérem, hogy az alábbi személyeket szíveskedjen hívni:

Elsőként hívandó személy: _____ Tel: _____

Másodikként hívandó személy: _____ Tel: _____

Abban az esetben, ha gyermekem vércukorszintje olyan alacsony, hogy eszméletét veszti vagy már nem itatható, nem etethető állapotban van, kérem, hogy elsőként mentőt hívni és rögtön utána telefonon engem is értesíteni szíveskedjenek.

Kérelmemet és egyben nyilatkozatomat az egészségügyről szóló az 1997. évi CLIV. törvény 16. § (2) bekezdése alapján gyermekem törvényes képviselőjeként tettem.

Melléklet: Gyermek diabéteszgondozási terve; Szakvélemény/orvosi igazolás

Szekszárd, _____

aláírás
szülő / a gyermek törvényes képviselője