**PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI**

Prohlášení musí byt vyplněno a datováno v den příjezdu na KDM.

**Jméno a příjmení:**………………..……………………...……………………………………………………

**Bydliště:**……………………………………………..………………………………………………………….

**Zdravotní pojišťovna:**………………………………………..……………………………………………….

* Prohlašuji, že naše dcera, která je v naší péči, v posledních 14 kalendářních dnech před odjezdem nejeví známky akutního infekčního onemocnění (například kašel, dušnost, rýma, horečka nebo průjem) včetně covid-19,
* prohlašuji, že v posledních 14 kalendářních dnech před odjezdem nepřišla do styku s osobami, které onemocněly přenosnou infekční nemocí (včetně covid-19) nebo podezřelou z nákazy ani s nikým komu bylo nařízeno karanténní opatření.
* Jsme si vědomi právních následků, které by nás postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

V ……………………………….……dne……………………………..

…………………………………..

podpis rodičů nezletilé studentky

* Prohlašuji, že v posledních 14 kalendářních dnech před odjezdem nejevím známky akutního infekčního onemocnění (například kašel, dušnost, rýma, horečka nebo průjem) včetně covid-19,
* prohlašuji, že jsem v posledních 14 kalendářních dnech před odjezdem nepřišla do styku s osobami, které onemocněly přenosnou infekční nemocí (včetně covid-19) nebo podezřelou z nákazy
ani s nikým komu bylo nařízeno karanténní opatření.
* Jsem si vědoma právních následků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

V ……………………………….……dne……………………………..

…………………………………..

 podpis zletilé studentky

**ALERGIE:**

* **Dívka trpí alergickými reakcemi na** (prosíme, vypište)

………………………………………………………………………………………………………..………..…………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………

* **Má dívka některou lékovou alergii, případně alergii na desinfekční roztoky, náplasti apod.?**

ANO NE

* **Prosíme, vypište,** tato informace bude předána lékaři v případě zdravotních problémů:

…………………........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* **Tyto alergie se projevují**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT**

* **Vyskytl se u dívky někdy EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT?**

ANO NE

* **Jsou tyto záchvaty pravidelné?**

ANO NE

* **Pokud dívka trpí epilepsií,** popište, prosíme, pečlivě všechny příznaky zde nebo v příloze zdravotního dotazníku, průběh, první pomoc apod. Uveďte i telefonní číslo na lékaře, který dívku léčí a má o průběhu nemoci dokumentaci. (Tento kontakt bude v případě záchvatu předán lékaři RZP.)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ**

**Prodělaná INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ**: (prosíme, zaškrtněte)

* infekční žloutenka
* spála
* příušnice
* plané neštovice
* zarděnky
* mononukleóza
* časté angíny
* opakované infekce močových cest
* opakované infekce dýchacích cest
* covid-19

**jiné** (prosíme, vypište ty, které se často opakují)………………..……………………….…...………………... …………………………………………………………………………………………………….…………….

**CHRONICKÉ POTÍŽE**

(prosíme, zaškrtněte)

* bolesti páteře
* bolesti kloubů
* ekzémy
* zažívací obtíže
* časté bolesti hlavy
* sklon ke kolapsovým stavům
* silné menstruační bolesti
* chudokrevnost
* nespavost
* psychické problémy ***(prosíme, zaškrtněte podle pravdy)***

**jiné** (prosíme, vypište)……………………….………………………………………….……………………...

…………………………………………………………………………………………………………………..

**MEDIKAMENTY**

* **Bere dívka léky?**

TRVALE PŘI OBTÍŽÍCH

* **Tyto léky má u sebe?**

ANO NE

* **V případě bolesti hlavy, svalů, při menstruačních bolestech atd. souhlasím, aby byl dívce podán lék snižující tuto bolest**

ANO NE

* **Preferujete podání nějakého léku?**

ANO NE

**jaké** (prosíme, vypište)……………...……….………………………………………….……………………...

…………………………………………………………………………………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………………

**PRODĚLANÉ OPERACE**

(prosíme, vypište)…………………………….………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………..

**DIETNÍ OPATŘENÍ**

* **Má dívka lékařem NAŘÍZENOU DIETU?**

ANO NE

* **Předpokládáte v této situaci nějakou spolupráci s KDM?**

ANO NE

**Doložte lékařským vysvědčením a domluvte se osobně s hlavní vychovatelskou službou.**

**NEUROLOGICKÉ PROBLÉMY** *(prosíme, uveďte podle pravdy)*

* **Léčí se dívka na** NEUROLOGII?

ANO NE

**Prosíme, napište z jakého důvodu:**……….…………………………………………………………….…….

…………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………….……………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………..

**PSYCHICKÉ PROBLÉMY**

* **Dívka se léčí na** **PSYCHIATRII**

ANO NE

**prosíme, napište z jakého důvodu:**………….…………….………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………..

* **Dívka bere léky** **OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHIKU**

ANO NE

**Jaké léky bere a jak se podávání léků projevuje na změně psychického stavu dívky?**...............................

.....................................….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…….………..

* **Dochází dívka do PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉ PORADNY**

ANO NE

**prosíme, napište z jakého důvodu:**………….…………….………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………..

* **Má dívka lékařem nařízena nějaká OMEZENÍ DENNÍHO REŽIMU**

ANO NE

**jaké** (prosíme, vypište)……………...……….………………………………………….……………………...

…………………………………………………………………………………………………………………..

**Vážení rodiče, pokud máte nějaké jiné informace, které považujete za důležité nám sdělit, vypište je. V případě zdravotních obtíží vaší dcery nám pomohou lépe se orientovat ve vzniklé situaci. Zde je prostor pro vaše sdělení.**

……………………………………………………………………………………...…………………...…………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..……………………..…………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..…………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………….………

Osobní údaje uvedené v tomto dotazníku jsou zpracovány z titulu plnění právní povinnosti uložené správci v § 22 odst. 2 a 3 a § 28 odst. 3 písm. c) zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon. Jako zvláštní kategorie osobních údajů mohou být zpracovávány pro ochranu veřejného zájmu v oblasti veřejného zdraví
a veřejného zájmu na poskytování vzdělání (čl. 9 odst. 2 písm. g) a i) GDPR). Účelem zpracování je umožnění řádné péče o ubytované, dozoru a ochrany zdraví ostatních ubytovaných. Osobní údaje mohou být v nezbytném případě a rozsahu předány poskytovateli zdravotních služeb.

Jsme si vědomi právních následků, které by nás postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé. Svým podpisem stvrzujeme, že vyplněné údaje jsou pravdivé a úplné.

V ……………………………….……dne……………………………..

…………………………………..

podpis rodičů nezletilé studentky

Jsem si vědoma právních následků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé. Svým podpisem stvrzuji, že vyplněné údaje jsou pravdivé a úplné.

V ……………………………….……dne……………………………..

…………………………………..

 podpis zletilé studentky