

Beleegyező nyilatkozat

Gyermekpszichológiai és Gyermekpszichiátriai Szakellátás igénybevételéhez, valamint
Gyermekpszichológiai és Gyermekpszichiátriai vizsgálatok elvégzéséhez és
Egészségügyi, Nevelési-oktatási és Egyéb Szakemberekkel történő kapcsolattartáshoz és
szakmai információcseréhez

Tájékoztatás

Alulírott kijelentem, hogy a gyermek pszichológiai, illetve gyermekpszichiátriai ellátásával kapcsolatban megfelelő, számomra érthető tájékoztatásokat írásban megkaptam.

A tájékoztatás kiterjedt különösen:

- a pszichológiai és gyermekpszichiátriai vizsgálatok céljára;
- a vizsgálatok várható menetére;
- az alkalmazható szakmai vizsgálati módszerekre;
- a vizsgálatok várható időtartamára;
- a vizsgálatok eredményeinek felhasználására;
- az együttműködés jelentőségére
- az egészségügyi dokumentáció vezetésére;
- az adatkezelés szabályaira;
- a kérdésés lehetőségére.

Alulírott kijelentem, hogy megfelelő tájékoztatást kaptam arról, hogy gyermekem ellátásának eredményessége érdekében – szükség esetén – indokolt lehet más, a gyermek ellátásában vagy nevelésében részt vevő szakemberekkel történő szakmai egyeztetés.

Tájékoztatást kaptam arról is, hogy az ilyen kapcsolattartás kizárólag a gyermek ellátásához szükséges mértékben, a vonatkozó jogszabályok és az egészségügyi titoktartás szabályainak betartásával történik.

Kijelentem, hogy kérdéseimet feltehettem, és azokra megfelelő választ kaptam.

Tudomásul veszem, hogy az ellátás során alkalmazott vizsgálatok és terápiás módszerek mindig gyermekem életkorához, állapotához és egyéni szükségleteihez igazodnak.

Hozzájáruló nyilatkozat

Alulírott, mint a gyermek törvényes képviselője hozzájárulok ahhoz, hogy gyermekemnél – szakmai indokoltság esetén – az alábbi vizsgálatok közül a szükségeseket elvégezzék:

- ☐ **pszichológiai állapotfelmérés**
- ☐ **gyermekpszichiátriai vizsgálat**
- ☐ **klinikai interjú**
- ☐ **pszichológiai diagnosztikus vizsgálat**
- ☐ **standardizált pszichológiai tesztek alkalmazása**
- ☐ **kérdőíves vizsgálatok**
- ☐ **megfigyelésen alapuló vizsgálati módszerek**
- ☐ **játékdiagnosztikai módszerek**
- ☐ **rajzvizsgálatok (amennyiben szakmailag indokolt)**
- ☐ **egyéb, szakmailag indokolt diagnosztikus vizsgálati módszerek**

Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatok célja gyermekem állapotának minél pontosabb megismerése;

- a vizsgálatok eredményeit a kezelő szakember a rendelkezésre álló információk együttes értékelésével értelmezi;
- egyetlen vizsgálat vagy teszt eredménye önmagában nem minden esetben elegendő diagnózis felállításához;
- a vizsgálatok eredményeiről személyes tájékoztatást kapok;
- szükség esetén további vizsgálatok vagy más szakember bevonása is javasolható;
- a vizsgálatok során gyermekem érdekei elsődleges szempontot jelentenek.

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott kijelentem, hogy

- ☐ **gyermekem törvényes képviselőjeként**
- ☐ **törvényes képviselőkkel együttesen eljáró szülőként**

önkéntesen hozzájárulok ahhoz, hogy gyermekem a Szentendre Város Egészségügyi Intézményei Gyermek- és Ifjúsági Mentálhigiénés Központjának gyermekpszichológiai és/vagy gyermekpszichiátriai szakellátását igénybe vegye.

Hozzájárulok ahhoz, hogy az ellátás során – szakmai szükségesség esetén – gyermekemnél:

- pszichológiai vizsgálat;
- gyermekpszichiátriai vizsgálat;
- állapotfelmérés;
- kontrollvizsgálat;
- pszichológiai tanácsadás;
- pszichológiai vagy gyermekpszichiátriai gondozás;
- terápiás ellátás;
- szülőkonzultáció;

történjen.

Alulírott, mint a gyermek törvényes képviselője hozzájárulok ahhoz, hogy a Szentendre Város Egészségügyi Intézményei Gyermek- és Ifjúsági Mentálhigiénés Központjának munkatársai – a gyermek ellátásához szükséges mértékben és ellátáshoz szükséges időtartamban – szakmai kapcsolatot tartsanak és információt cseréljenek az alábbi személyekkel, illetve intézményekkel.

Kérjük, jelölje meg, melyekhez járul hozzá!

- ☐ Amennyiben teljeskörűen hozzájárul itt jelölje meg!

Egészségügyi szolgáltatók

- ☐ házi gyermekorvos / háziorvos
- ☐ védőnő
- ☐ más egészségügyi szakrendelés

- ☐ fekvőbeteg-ellátó intézmény
- ☐ egyéb egészségügyi szolgáltató

Nevelési-oktatási intézmények

- ☐ bölcsőde
- ☐ óvoda
- ☐ általános iskola
- ☐ középiskola
- ☐ gyógypedagógiai intézmény
- ☐ kollégium

Pedagógiai és szociális szolgáltatások

- ☐ Pedagógiai Szakszolgálat
- ☐ Család- és Gyermekjóléti Szolgálat
- ☐ Család- és Gyermekjóléti Központ
- ☐ gyermekvédelmi szakellátás
- ☐ egyéb

Egyéb szakemberek

- ☐ fejlesztőpedagógus
- ☐ gyógypedagógus
- ☐ logopédus
- ☐ konduktor
- ☐ gyógytornász
- ☐ egyéb

Hozzájárulok ahhoz, hogy a kezelő szakemberek kizárólag a gyermek ellátásához szükséges mértékben

- ☐ szakmai konzultációt folytassanak,

- ☐ egészségügyi dokumentációból szükséges adatokat megismerjenek,
- ☐ szakvéleményt kérjenek vagy adjanak,
- ☐ vizsgálati eredményeket egyeztessenek,
- ☐ a terápiás együttműködéshez szükséges információkat megosszák.

Tudomásul veszem, hogy a szakmai információcsere kizárólag gyermekem megfelelő ellátását szolgálja;

- csak a szükséges mértékű adat kerül átadásra;
- az átadott adatokat az érintett szakemberek jogszabályi titoktartási kötelezettség terheli;
- jelen hozzájárulás nem jogosít fel a gyermek egészségügyi dokumentációjának korlátlan továbbítására;
- a hozzájárulás bármikor írásban visszavonható.

A hozzájárulás visszavonása

Tudomásul veszem, hogy jelen hozzájárulásomat – a hatályos jogszabályok keretei között – bármikor visszavonhatom. A visszavonás nem érinti a korábban jogszerűen elvégzett vizsgálatokat, valamint az azok alapján készült egészségügyi dokumentációt.

Tudomásul veszem, hogy az alkalmazott vizsgálatok és ellátási formák szükségességéről minden esetben a kezelő szakember dönt, a szakmai szabályoknak megfelelően.

Gyermek neve:	
TAJ száma:	
Születési ideje:	
Törvényes képviselő neve:	
Lakcíme:	
Telefonszáma:	
Email címe:	

Kelt: (helyi, dátum)	
----------------------	--

aláírás