



Teie lapse tervise ja heaolu huvides palub kooliõde vastata alljärgnevatele küsimustele.

Andmed on konfidentsiaalsed ning tagastamiseks täidetud küsimustik on soovitatav krüpteerida või digiallkirjastada.

1. Õpilane

Ees- ja perekonnanimi _____

Isikukood

Kodune aadress _____

2. Lapsevanem

1. Ees- ja perekonnanimi _____

Kontakttelefon _____ E-post _____

Sugulus/ ☐ ema ☐ vanavanem
kasvatussuhe õpilasega ☐ isa ☐ kasuvanem ☐ muu _____

2. Ees- ja perekonnanimi _____

Kontakttelefon _____ E-post _____

Sugulus/ ☐ ema ☐ vanavanem
kasvatussuhe õpilasega ☐ isa ☐ kasuvanem ☐ muu _____

3. Kuidas Te hindate oma lapse tervislikku seisundit?

☐ väga hea ☐ rahuldav ☐ väga halb (palun täpsusta)

☐ hea ☐ halb (palun täpsusta)

Täpsustused: _____

4. Kas Teie lapsel esineb ülitundlikkust / allergiat?

☐ ei ☐ jah (palun täpsusta) toiduained _____

ravimid _____

muu _____

5. Kas Teie lapsel esineb kroonilisi haigusi või püsivaid tervisehäireid?

☐ ei

☐ jah (palun täpsusta) _____

6. Kas ja milliseid ravimeid Teie laps pidevalt tarvitab?

☐ ei

☐ jah (palun täpsusta) _____

7. Kas teie lapsel esineb ... ?

Nägemishäire ☐ jah ☐ ei *Kannab prille/kontaktlääts* ☐ jah ☐ ei
Kuulmishäire ☐ jah ☐ ei *Vajab kuuldeaparaati* ☐ jah ☐ ei
Liikumishäire ☐ jah ☐ ei *Vajab toestamist/ratastooli* ☐ jah ☐ ei

Muud vajadused (psühho-sotsiaalne, käitumuslik, toitumisega seotud jne) ☐ jah ☐ ei

(palun täpsusta) _____

8. Millest veel sooviksite oma lapse tervise ja heaolu huvides kooliõde informeerida?

9. Kas oled nõus, et kooliõde teostab teie lapse tervisekontrolli vastavalt ajakavale (1., 3., 7. ja 10.klassis). Perearstikeskuses toimuvad tervisekontrollid 5. ja 9. kl õpilastele.

☐ nõus ☐ ei ole nõus (palun täpsusta põhjus) _____

**10. Kas olete nõus, et Teie last vaktsineeritakse koolis vastavalt riiklikule immuniseerimiskavale (SM 02.03.2017 nr 9)? Lisa 1 Immuniseerimiskava.
www.vaktsineeri.ee/et/haigused-ja-vaktsiinid/vaktsiinid/riiklik-immuniseerimiskava**

12-14a. – HPV (inimese papilloomiviirusnakkuse vaktsiin)

☐ nõus ☐ ei ole nõus (palun täpsustage põhjus) _____

13a. – MMR (leetrite, mumps ja punetiste vaktsiin)

☐ nõus ☐ ei ole nõus (palun täpsustage põhjus) _____

15-17a. – dTap (difteeria, teetanuse ja atsellulaarse läkaköha vaktsiin)

☐ nõus ☐ ei ole nõus (palun täpsustage põhjus) _____

11. Kas olete nõus, et kooliõde informeerib Teie lapse tervisega seotud vajadusest lähtuvalt kooli personali (õpetaja, toitlustaja vm)?

☐ jah ☐ ei

12. Teie lapse tervise läbivaatuse tulemused leiate Terviseportaalist www.terviseportaal.ee

13. Ankeedi täitja

Ees ja perekonnanimi _____

Allkirjastatud digitaalselt

Täname küsimustiku täitmise eest ja soovime meeldivat koostööd!

Kooliõde

Nimi _____

Isikukood

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon _____

E-post _____