

## Lugupeetud vanemad/eestkostjad.

Vajame Teie nõusolekut lapsele plaanilise ning erakorralise arstiabi osutamiseks.

20...../20..... õppeaastal annate nõusoleku, et Teie laps, \_\_\_\_\_,  
 (õpilase ees- ja perekonnanimi)  
 võib saada abi Ahtme Kooli töötajatelt alljärgnevaid teenuseid:

### Plaanilised meditsiinilised teenused:

- |  |            |                          |           |                          |           |
|--|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| 1. teha järgmised vaksineerimised:<br>difteeria ja teetanuse | <b>Jah</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Ei</b> | <input type="checkbox"/> | (Allkiri) |
| Papilloomiviirusest (HPV)                                    | <b>Jah</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Ei</b> | <input type="checkbox"/> | (Allkiri) |
| leetrite, punetiste ning mumps                               | <b>Jah</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Ei</b> | <input type="checkbox"/> | (Allkiri) |
| B-hepatiidi vastu  | <b>Jah</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Ei</b> | <input type="checkbox"/> | (Allkiri) |
| 2. teha arstlikku profülaktilist läbivaatust                 | <b>Jah</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Ei</b> | <input type="checkbox"/> | (Allkiri) |
| 3. vajadusel osutada lapsele abi medõe poolt                 | <b>Jah</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Ei</b> | <input type="checkbox"/> | (Allkiri) |

**Juhul, kui Teie lapse raviarst on ravimi välja kirjutanud ning Te olete toonud selle kooli, siis tuleb samuti esitada ka arstiravimi võtmise ettekirjutus.**

- |  |            |                          |           |                          |           |
|--|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| 4. anda lapsele ravimit arsti ettekirjutusel | <b>Jah</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Ei</b> | <input type="checkbox"/> | (Allkiri) |
|--|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|

Kas soovite korduvalt uuendada luba arstliku abi osutamiseks?

- |  |            |                          |           |                          |           |
|--|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
|  | <b>Jah</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Ei</b> | <input type="checkbox"/> | (Allkiri) |
|--|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|

\_\_\_\_\_  
 (Vanema ees- ja perekonnanimi)

\_\_\_\_\_  
 (Kuupäev)