NÉV………**……………………………………….**

Táplálás formája: szondatáplálás / orális táplálás (megfelelő aláhúzandó)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dátum | Tápszer / Folyadék / GyógyszerÉtel neve | Mennyisége(ml/dl/mg/tbl.) | Beadásának időpontja | Egyéb/pl:.alvás ,roham/etetés, itatás, gyógyszer beadás akadályának oka;vizelet mennyisége, stb.) | kitöltő olvasható aláírása |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Dátum | Tápszer / Folyadék / GyógyszerÉtel neve | Mennyisége(ml/dl/mg/tbl.) | Beadásának időpontja | Egyéb/pl:.alvás ,roham/etetés, itatás, gyógyszer beadás akadályának oka;vizelet mennyisége, stb.) | Aláírás |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**TÁJÉKOZTATÁS AZ ÉRINTETT JOGAIRÓL:**

Önnek, mint érintett személynek joga vankérelmezni az adatkezelőtől az Önre vonatkozó személyes adatokhoz való hozzáférést, azok helyesbítését, törlését vagy kezelésének korlátozását, és tiltakozhat az ilyen személyes adatok kezelése ellen, valamint joga van az adathordozhatósághoz.

Joga van a hozzájárulása bármely időpontban történő visszavonásához, amely nem érinti a visszavonás előtt a hozzájárulás alapján végrehajtott adatkezelés jogszerűségét.

Joga van a felügyeleti hatósághoz (Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság) panaszt benyújtani.

Az adatszolgáltatásra, a személyes adatok megadására nem köteles. Az adatszolgáltatás elmaradásának lehetséges következménye: **Egészségügyi szakszerű ellátást nem tudjuk biztosítani!**

***A fenti információkat és tájékoztatást tudomásul vettem, fent megadott személyes adataim fentiekben megjelölt célú kezeléséhez önkéntesen, minden külső befolyás nélkül beleegyezésemet adom.***

 ……………………………………………………………………….

 Szülő/gondviselő aláírása