**JELENTKEZÉSI LAP**

**MHE 2018. évi hemofíliás gyermektáborába**

Kérjük, pontosan kitöltve és mindkét oldalt aláírva küldje vissza postán a Magyar Hemofília Egyesület

részére (1088 Budapest, Rákóczi út 29., II. em. 7. a.)

**Jelentkezési határidő: 2018. július 15.**

**Jelentkező neve**: **TAJ-száma**:

**Születési idő**: év …………………….hó …..………nap; **Szülő telefonszáma**:……………………………………………………

**Lakcím: Szülő e-mail címe:**…………………………………………….…………………

**Vérzékenység típusa:** Hemofília A / Hemofília B / Willebrand / Egyéb:

**Faktorszint:** %; Testsúly: …………….kg; **Inhibitor:** nem / igen (inhibitor szint: ………….…..………..)

**Kezelési mód:** vérzés esetén / profilaxis; **Ha profilaxis**, akkor hetente alkalommal……….egységet

**Otthoni kezelésen van-e a gyerek?** igen / nem Ha igen ki adja be a faktort? szülő / gyerek /

**Faktorkészítmény neve: Alkalmanként beadott egység:** ………………………………

**Kezelőorvos neve: ; Telefonszáma:** ……………………………………………….

**Hova jár hemofília gondozásra? ; Kezelőorvos e-mail címe:** ………………………………

**Van-e valamilyen gyógyszerérzékenysége?** nem / igen ( )

**Van-e a vérzékenységen kívül más betegsége?** nem / igen ( )

**Szed-e valamilyen egyéb gyógyszert?** nem / igen ( )

**Van-e valamilyen allergiája?** (pl. étel, pollen, jód, gyógyszer) nem / igen (

**Van-e a szülőnek valamilyen külön kérése a gyermekkel kapcsolatban, amire oda kell figyelni az**  
**étkezés, tisztálkodás vagy gyógytorna szempontjából?**

**Tud-e úszni a gyerek?** még nem tud úszni / kezdő szinten tud / jól úszik ( )

**MHE táborban volt-e már?** még nem / igen ( években)

**Más gyerektáborban volt-e már?** még nem / igen ( táborban …………..…… években)

**Amennyiben a tábort megelőzően 3 hónappal a gyermeknek valamilyen betegsége, sérülése, műtétje** **volt, az orvosi dokumentációt feltétlenül hozza magával!**

**A táborba szükséges faktorkészítményt kérje el a gondozóközpontban és hozza magával!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2018. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_. |  | ……………………………………………………. |
|  |  | jelentkező / törvényes képviselője |

Alulírott, az aláírásommal hozzájárulok ahhoz, hogy a Magyar Hemofília Egyesület (a továbbiakban: Egyesület) a jelentkezési lapon megadott személyes és egészségügyi adataimat kezelje. Az Adatvédelmi és Adatbiztonsági Szabályzat ismeretében tájékoztatást kaptam a személyes adatok kezelésének időtartamáról, az adatkezelés jogalapjáról és címzettjéről, a továbbított személyes adatok körének meghatározásáról, valamint az adatkezelést előíró jogszabályban meghatározott egyéb adatokról.

Az Egyesület az érintett személyes és egészségügyi adatait az Egyesület alapszabályában meghatározott célból, az Info. tv. 5. § (1) a) pontjában meghatározott érintett hozzájárulás alapján kezeli. Az Egyesület személyes és egészségügyi adatokat a fenti cél megvalósításához szükséges ideig, az Info tv. és az Egyesület Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatának rendelkezéseivel összhangban kezeli. Az Info tv. 14. § alapján az érintett bármikor kérhet tájékoztatást a fenti adatkezelésről, valamint kérheti adatainak helyesbítését és adatainak törlését az adatkezelőtől.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2018. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_. |  | ……………………………………………………. |
|  |  | nyilatkozattevő / törvényes képviselője |