**JELENTKEZÉSI LAP**

**MHE 2017. évi hemofíliás gyermektáborába**

Kérjük, pontosan töltse ki, írja alá és küldje vissza postán a Magyar Hemofília Egyesület

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

**Jelentkezési határidő: 2017. június 20.**

**JELENTKEZŐ ADATAI:**

**Neve**:……………………………………………………………………………………… **TAJ-száma**:…..………………………………………………………....

**Születési adatai:** hely………………………..……………………………………………………….;**év** ………….**hónap**…………..………**nap**………..

**Lakcíme**:………………………………………………………………………...**Telefonszáma**:……………………..…………………………………………….

**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……….egység

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

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

**Melyik egészségügyi intézménybe jár hemofília gondozásra?**………………………………………………………………………………..

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

**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 …………………………………………………………………

..

**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)

**SZÜLŐ ADATAI:**

**Telefonszáma**:……………………………………………**e-mail címe**:…………………………………………………………………………………..

**Külön kérése a gyermekkel kapcsolatban, amire oda kell figyelni az
étkezés, tisztálkodás vagy gyógytorna szempontjából**?..........................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

A**mennyiben 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!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Budapest, 2017. július  |  | ……………………………………………………. |
|  |  | 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 érintetti 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Budapest, 2017. július  |  | ……………………………………………………. |
|  |  | nyilatkozattevő/törvényes képviselője |