

EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOTFELMÉRŐ KÉRDŐÍV NYILATKOZAT

(Kérjük, hogy az Egészségügyi Állapotfelmérő Kérdőív (excel táblázat) kitöltése után jelen nyilatkozatot is olvassa el, és írja alá, a két dokumentumot csak együttesen áll módunkban elfogadni!)

Kedves Hölgem/Uram!

A Magyarországra érkező külföldi ösztöndíjas diákok esetében még tanulmányaik megkezdését megelőzően szükséges annak felmérése, hogy nem hordoznak-e lappangó, a közösség számára fertőzésveszélyes betegséget.

Ennek keretében arra kérnénk Önt, töltsse ki, az „**Egészségügyi Állapotfelmérő Kérdőívet**” (továbbiakban: állapotfelmérő), melyben orvosi leletei, valamint legjobb tudása szerint nyilatkozik általános egészségügyi állapotáról, gondozott betegségeiről, korábban kapott védőoltásairól.

Ezen túlmenően, a képzésben való részvétel feltételeként, Magyarországra érkezését követően további általános orvosi szűrővizsgálaton eshet át, amennyiben a KKM, KKM MDA Kft, illetve a képző intézménnyel szerződéses jogviszonyban álló mindenkori foglalkozás-egészségügyi szakorvos a kitöltött állapotfelmérője, ill. valamennyi csatolt vizsgálati eredményei alapján ennek szükségességét ítéli meg.

Aláírásával beleegyezését adja, hogy az esetleges további egészségügyi vizsgálatok keretében sor kerülhessen:

- vérvételre, korábbi vírusos betegségek kiderítése érdekében (fertőző májgyulladás – hepatitisz A, hepatitisz B, hepatitisz C, AIDS – HIV);
- tüdőszűrő vizsgálatra (mellkas-röntgenfelvétel), tüdőtuberkulózis jeleinek felkutatása céljából;
- további, a képzésben való részvétel feltételeként indokolt kiegészítő egészségügyi vizsgálatokra, teendőkre

Kérjük, az állapotfelmérő minél pontosabb kitöltésével segítse orvosi munkánkat!

Az Ön biztonsága és egészsége érdekében fontos, hogy a kérdésekre adott válaszai teljes körűek legyenek, és a valóságot fedjék!

A kérdésekre adott "Igen" válasz esetén az okokat részletezze a kérdés utáni üres területen.

Kérjük, a kitöltést követően csatoljon minden szükséges, az állapotfelmérőben külön is jelzett dokumentumot (meglévő oltási igazolásait, oltásokkal kapcsolatos vérvételi eredményeit, tüdőszűrés eredményeit stb.)

A megadott információkat bizalmasan kezeljük.

Együttműködését köszönjük!

NYILATKOZAT:

Kijelentem, hogy az általam megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

Ha egészségügyi állapotomban bármilyen változás lép fel, haladéktalanul tájékoztatom a képző intézményt. Hozzájárulok a kérdőívben megadott adataim az egészségügyi ellenőrzést és szűrést végzők általi felhasználásához és tárolásához.

Dátum: 2020.

aláírás

Olvasható (nyomtatott) név