**Ellátási és Együttműködési Megállapodás**

amely létrejött egyrészről **Gyermek** (név: …Ide Írjon…, szül dátum: …Ide Írjon…, TAJ szám: …Ide Írjon…) **Szülő/Törvényes Képviselője (név:** …Ide Írjon…**),**

másrészről a **Pro Rekreatione Közhasznú Nonprofit Kft. Tóparti Szakambulancia (továbbiakban Tóparti Szakambulancia/ Intézmény) egészségügyi intézmény között.**

**Az Intézmény szakorvosi beutalásai/Szakvélemény alapján közfinanszírozott egészségügyi szakellátást biztosít a gyermek 6 éves koráig, illetve a gyermek sajátos nevelési igénye alapjául szolgáló diagnózis Intézményi megállapításától legfeljebb 6 hónapig, vagy a pedagógiai szakszolgálati ellátás (korai fejlesztés, nevelési tanácsadás) kezdetéig.**

**A Tóparti Szakambulancia Intézményben egy szakmai terápiás ellátás legfeljebb 12 alkalmas egység tervezésével valósul meg és hosszabbítható a beutalás alapján.**

**Egy szakmai ellátási egységben három hiányzás elérésekor az Intézmény felfüggeszti az ellátást** és a gyermek további terápiája az állapotának figyelembevételével, az Intézmény szakmai döntése és kapacitása alapján felajánlott új időpontban kerülhet sor.

Az Intézményben a gyermekről kizárólag a Szülő/törvényes képviselő előzetes írásos belegyezésével, a felhasználási cél megjelölésével készülhet videó/kép és hangfelvétel.

**A Szülő/Törvényes képviselő:**

* Tudomásul veszi a fentieket, továbbá, hogy az Intézményben végzett vizsgálat és terápia során csak a Szakmai Intézményvezető-helyettes írásos engedélyével készíthet kép és hangfelvételt.
* Vállalja, hogy **az Intézményben történő első személyes megjelenéskor** **a recepció munkatársainak** **adategyeztetésre átadja** **a gyermek és a szülő/ törvényes képviselő eredeti személyi okmányait** **(fényképes személyi igazolvány, lakcím kártya, TAJ-szám igazolás), illetve az adatváltozásokat haladéktalanul bejelenti.** Továbbá az ellátási folyamat során haladéktalanul tájékoztatja az Intézményt a gyermek járóbeteg és kórházi ellátásairól, ezek időpontjairól, valamint tájékoztatja az Intézményt a gyermek más ellátási helyeken, különös tekintettel a pedagógiai szakszolgálatban történő szakorvosi és pedagógiai, pszichológiai vizsgálatokról, azok eredményeiről és a terápiákról.
* Írásban tájékoztatja az Intézményben a vizsgáló és terápiás ellátást végző szakembereket a gyermeket érintő ismert allergiás állapot(ok)ról.
* Együttműködik abban, hogy a gyermeket vagy a kísérőt érintő, betegségre utaló állapot (orrfolyás, köhögés, hőemelkedés, láz, hányás, hasmenés, kiütéses bőrbetegség, kötőhártya-gyulladás, bármilyen **fertőző betegség és egyéb, orvos által minősítetten közösségi jelenlétet akadályozó állapot) esetében az Intézményt nem látogatják** **a többi gyermek és a szakemberek biztonsága érdekében.**
* A fenti állapot észleléskor haladéktalanul lemondja az ellátást a szakembernél. Amennyiben a fenti betegségre utaló tünetekkel ellátásra megjelenik az Intézményben, a gyermek ellátását a szakember megtagadhatja és későbbi időpontra ütemezheti.
* Együttműködik abban, hogy a vizsgálatokhoz és terápiás, fejlesztő ellátásokhoz átadott szakmai anyagokat (pl. kérdőívek, terápiás feladatok) a szülő kitöltve visszajuttatja a szakember számára. Harmadik félnek kizárólag a vizsgáló és a terapeuta beleegyezésével adhatja tovább.

Gárdony, Dátum megadásához kattintson ide.

Szülő/ törvényes képviselő:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| aláírása: |  |  | Mahlerné Köfner Anikó |
| neve: | …Ide Írjon… |  | Szakmai intézményvezető-helyettes s. k. |