

Informovaný súhlas rodiča

Súhlasím, aby sa moje dieťa

Priezvisko a meno dieťaťa

Rodné číslo dieťaťa:

.....
.....

zúčastnilo na projekte Bratislavského samosprávneho kraja
a
Regionálneho úradu verejného zdravotníctva hl. m. SR so sídlom v Bratislave

Rešpekt pre zdravie,

ktorého súčasťou je preventívne vyšetrenie markerov rizika srdcovo-cievnych metabolických ochorení.

Dátum:

.....
podpis rodiča, zákonného zástupcu

Projekt je v súlade s platnými zákonmi Slovenskej republiky a schválila ho Etická komisia Bratislavského samosprávneho kraja dňa 19. 04. 2011.

.....
Ing. Pavol Frešo
predseda Bratislavského samosprávneho kraja

.....
MUDr. Otakar Fitz
regionálny hygienik

Súhlas zahŕňa:

- kvalifikovaný zdravotnícky personál v prostredí školy – pri zachovaní úplného súkromia - zmeria môjmu dieťaťu telesnú výšku a hmotnosť, obvod brucha, hrudníka a bokov, pomer svalovej a tukovej hmoty v tele, podkožný a vnútrobrušný tuk, pomer krvného tlaku a pulzovej frekvencie (PF) a Ruffierov test zdatnosti (po 5 minútach pokoja sa odmeria PF, dieťa urobí 30 drepov a odmeria sa PF v stojí a za minútu PF v sede);
- kvalifikovaný zdravotnícky personál pod dohľadom lekára na Poliklinike Mýtna odoberie dieťaťu krv (1 skúmvavka) a prevezme moč na vykonanie biochemickej analýzy kardiometabolických faktorov;
- moje dieťa bude kvalifikovaným zdravotníckym personálom poučené o prirodzenej životospráve v prevencii civilizačných ochorení;
- spracovanie výsledkov vyšetrení a údajov z dotazníka môjho dieťaťa riešiteľmi projektu.

Som si vedomý/á skutočnosti, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 20 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov. Zároveň potvrdzujem, že som dostal/a informačný list o projekte a bol/a som podrobne informovaný/á o podstate, cieľoch a o očakávanom prínose uvedeného projektu.