

Nyilatkozat diétás (speciális) étkezés igényléséhez

Alulírott (Szülő/Gondviselő olvasható név) **nyilatkozom, hogy a**

„Tájékoztató a diétás (speciális) gyermekétkeztetéssel étkeztetéssel kapcsolatban” elnevezésű levélben foglaltakat megismertem és tudomásul vettem.

Gyermekem részére kérem a leadott szakorvosi igazolás(ok) alapján a diétás (speciális) ellátás biztosítását.

Tudomásul veszem, hogy a rendelkezésemre álló, újabb szakorvosi igazolást, szakellátási lapot, tartósan beteg igazolást, kórházi zárójelentést vagy egyéb terápiás ellátást részletező dokumentumot, stb. szükséges leadnom gyermekem szakszerű diétás (speciális) ellátásához. A diétás (speciális) ellátás változása (szakorvos által előírt diéta változása) esetén külön szükséges jelezni az intézményi gyermekétkeztetést ellátó szervezet (Székesfehérvári Intézményi Központ és a látogatott iskola/kollégium ételmezési ügyintézője) felé.

1169/2011/ EU rendelet II. mellékletében foglalt, allergiát vagy intoleranciát okozó anyagokon és termékeken kívüli egyéb allergiát vagy intoleranciát és így keresztallergiát okozó anyag, élelmiszer feltüntetése nem kötelező az élelmiszereken. Ennél fogva a szolgáltató nem rendelkezik kellő információval ezen összetevők, a beszerzett termékekben kontaminációval való jelenlétéről, így csak a szándék szerinti összetevők körében történő kizárásukat tudja vállalni. Ezen összetevő az ételkészítés során felhasznált élelmiszerekben nyomokban előfordulhat.

A diétás étkeztetést szolgáltató cég a 1169/2011/EU rendelet II.sz. mellékletében foglalt allergiát vagy intoleranciát okozó anyagokkal kapcsolatos, a szakorvos által előírt diétát köteles vállalni. Tudomásul veszem, hogy a szakorvosi igazolásban szereplő egyéb, a 1169/2011/EU rendeletben fel nem sorolt egyéb eliminációs igények (pl.: paradicsom, vöröshagyma, fokhagyma, zöldborsó, narancs, csokoládé, stb. → kötelezőn felül diéta) a diétás ellátás során **nem kerülnek figyelembevételre.**

Tanuló neve:

Tanuló születési hely:

Tanuló születési idő:

Anyja születési neve:

Iskola/kollégium:

Szülő/gondviselő neve:

Szülő/gondviselő telefonos elérhetősége:

Székesfehérvár,

.....
Szülő aláírása

20 (Nyilatkozat átvételének dátuma)

EJ-
(Étkezési kód)
(Élelmezési ügyintéző aláírása / neve)



Nyilatkozat diétás étkezés igényléséhez

Alulírott.....(szülő/gonozó, név olvashatóan) nyilatkozom, hogy gyermekem..... részére igénylem érvényes szakorvosi igazolások leadásával a diétás étkezést.

Jelen nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem, hogy a szakorvos által kiadott igazolás, a kontrollra történő visszahívás ideig érvényes. A felülvizsgálat megjelölésének hiányában a legutolsó benyújtott igazolás kiállításától számított egy évig tudjuk érvényesnek tekinteni.

Érvényes igazolás hiányában a diétás étkeztetést biztosító cég (Háncs Kft.) a továbbiakban nem vállalja a gyermek étkeztetését.

Amennyiben a gyermek diétájában/állapotában változás következik be, akkor azt a szülő újabb szakorvosi igazolás benyújtásával köteles jelezni. Amennyiben ezt elmulasztja, abban az esetben, az esetlegesen előforduló diétahiba miatt felelősséget nem vállalunk.

Konyhánk kizárólag a 37/2014. (IV. 30.) "EMMI rendelet a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról" alapján biztosít diétás étkeztetést az abban meghatározott, az alábbi szakorvosok által kiállított igazolásokon szereplő szakorvosi javaslatnak megfelelően:

"15. § (1) * A fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményben, személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti alapellátást, gyermekvédelmi szakellátást, illetve szociális szakosított ellátást nyújtó intézményben, valamint a nevelési-oktatási intézményben minden, szakorvos által igazolt diétás étkezést igénylő személy számára az állapotának megfelelő diétás étrendet kell biztosítani a (2)-(5) bekezdésben, valamint a 16. § (5) és a (6) bekezdésében foglaltak betartásával.

22. * szakorvos:

- a) endokrinológia és anyagcsere-betegségek ráépített szakképesítéssel rendelkező szakorvos,
- b) gasztroenterológia alap szakképesítéssel rendelkező szakorvos,
- c) diabetológiai szakorvosi licenccel rendelkező szakorvos,
- d) allergológia és klinikai immunológia ráépített szakképesítéssel rendelkező szakorvos

A gyermek minden diétáját, étel érzékenységet és allergiáját tartalmazó részletes szakorvosi igazolást tudjuk elfogadni. A szakorvosi igazolás megfelelőségét minden esetben dietetikus ellenőrzi.

Kelt, 20.....év.....hónap.....nap

.....

Aláírás



SZÜLŐI/GONDVISELŐI NYILATKOZAT

Diétás szolgáltatás igénylés esetén

Kiadás dátuma:

Alulírott

Szülő/gondviselő neve:	
Értesítési cím:	
Értesítési telefonszám:	

felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy gyermekem

Név:	
Születési hely és idő:	
Lakcím:	
Látogatott intézmény neve:	
Látogatott intézmény címe:	

az alábbi speciális táplálkozási igénnyel rendelkezik:

Eliminándó (kizárandó) élelmiszerek felsorolása	Diéta megnevezése szakorvosi igazolás nak megfelelően:	
--	---	--