

# Súkromné centrum špeciálno – pedagogického poradenstva

Dolná 49/21, 967 01 Kremnica,  
Tel.: 045/6742689, Fax: 045/6742630  
e-mail: info@poradenstvo-kremnica.sk

Dôverné !

## Anamnestické údaje dieťaťa

(Vyplní, resp. vyznačí zákonný zástupca dieťaťa)

Meno a priezvisko: .....  
Dátum narodenia: ..... Rodné číslo: .....  
Miesto narodenia: ..... Zdrav.poisť.: .....  
Štátna príslušnosť: ..... Národnosť: .....  
Bydlisko: ..... PSČ: .....  
Číslo telefónu: ..... tel. dieťaťa: .....  
Adresa školy: ..... Ročník: .....

## Rodičia

### Matka:

Meno: .....  
Priezvisko: .....  
Rodné priezvisko: .....  
Rodinný stav: .....  
Adresa: .....  
Číslo tel.: ..... Mobil: .....

### Otec:

Meno: .....  
Priezvisko: .....  
Rodinný stav: .....  
Adresa: .....  
Číslo tel.: ..... Mobil: .....

Číslo tel.: .....

Číslo tel.: .....

## Vzťah k dieťaťu: - vlastné

- v pestúnskej starostlivosti
- adoptované

## Súrodenci

Meno a priezvisko	Rok nar.	Vlastný/nevlastný	Zdrav. stav
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Vážne ochorenia v rodine: .....

## Fyzický a psychický vývin

Tehotenstvo: - v poradí koľké  
- interrupcie  
- samovoľný potrat

Priebeh tehotenstva: - bez ťažkostí  
- rizikové  
- hospitalizácia  
- choroby matky počas tehotenstva .....  
- vážne udalosti v rodine, v osobnom živote .....

Pôrod - v termíne (týždeň):  
- predčasne (v koľkom týždni)  
- po termíne (koľko)

Priebeh: - normálny – záhlavím  
- cisárskym rezom  
- iné komplikácie .....

Pôrodná váha: ..... Apgar skóre: .....

Dĺžka: .....

Stav po pôrode: - hneď plakalo  
- pridusené  
- kriesené  
- vyžadovalo špeciálnu zdravotnú starostlivosť  
- hospitalizácia po pôrode

Vážne zdravotné ťažkosti (úrazy) do 12. mesiaca: .....

Dieťa v starostlivosti matky na MD do veku: .....

Po MD dieťa v starostlivosti: .....

Navštevovalo (nenavštevovalo) MŠ od veku: .....

Najčastejšie ochorenia dieťaťa do 12. mesiaca: .....

Hospitalizácie (dôvod): .....

Zaradenie do ZŠ (ŠZŠ): rok: .....

Dieťa malo odklad povinnej školskej dochádzky – uveďte dôvod: .....

Dieťa je v starostlivosti odborného lekára (podčiarknuť): neurológa, pedopsychiatra, logopéda, ortopéda, očného lekára, ušného lekára (ORL), imunológa, alergológa, nefrológa, kardiológa, iného (odbornosť).....

Dátum: .....

Podpis: .....

**Spracúvanie osobných údajov sa riadi nariadením EPaR EÚ č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a od 25.05.2018 zákonom SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.**

**Dotknutá osoba si je vedomá svojich práv, ktoré v § 19 až § 30 zákona č. 18/2018 Z. z. upravujú povinnosti prevádzkovateľa pri uplatňovaní práv dotknutých osôb.**

## Informovaný súhlas so spracovaním osobných údajov

V zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. a zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a na **základe jasne prejavenej vôle, slobodne a jednoznačne vyjadruje a udeľuje súhlas so spracovávaním osobných údajov svojich a svojho dieťaťa** (meno a priezvisko

dieťaťa) .....  
v rozsahu stanovenom v § 11, ods. (7), písm. a), b), (identifikácia osoby, zdravie, mentálna úroveň vrátane výsledkov pedagogicko-psychologickej a špeciálnopedagogickej diagnostiky, o identifikácii zákonných zástupcov dieťaťa/žiaka) na spracovanie pre účely evidencie, vydania rozhodnutia, realizovania špeciálnopedagogickej a psychologickej diagnostiky, vyhotovenia špeciálnopedagogickej správy a správy zo psychologického vyšetrenia, zistenia špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb, prijatie do starostlivosti školského, zariadenia výchovného poradenstva a prevencie: **Súkromného centra špeciálno-pedagogického poradenstva, Dolná 49/21, Kremnica (ďalej S ČŠPP)** - prípadne ďalších činností v súvislosti so službami S ČŠPP klientovi v súlade s príslušnými normami. Údaje môžu tvoriť súčasť správy a záverov zo špeciálno-pedagogického a psychologického vyšetrenia, ako aj súčasť podkladov k individuálnej školskej integrácii a ako také môžu byť poskytnuté príslušnej škole alebo školskému či inému zariadeniu.

Informovaným súhlasom fyzická osoba svojím podpisom osvedčuje, že bola riadne poučená o dôsledkoch svojho súhlasu.

Súhlas sa vydáva na dobu neurčitú.

.....  
Pečiatka zariadenia, ktorému sa súhlas dáva

.....  
Podpis klienta alebo zákonného zástupcu dieťaťa/žiaka

## Informovaný súhlas zákonného zástupcu dieťaťa (klienta)

Súhlasím (informovane) s poskytnutím odbornej starostlivosti (psychologickej, špeciálnopedagogickej, logopedickej), vrátane odbornej diagnostiky môjmu dieťaťu:

Meno a priezvisko dieťaťa: .....

Dátum narodenia: ..... Rodné číslo: .....

Bydlisko: .....

Škola a trieda: .....

Meno a priezvisko zák. zástupcu dieťaťa/žiaka: .....

Súhlasím, v prípade potreby a po mojom predchádzajúcom informovaní, **so zaslaním správy o psychologickom a špeciálno-pedagogickom vyšetrení do školy** v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. a v zmysle vyhlášky MŠ SR č. 325/2008 Z.z.

Potvrdzujem, že v rámci poskytnutia informovaného súhlasu som bol(a) oboznámený(á) so svojimi právami a bolo mi dané poučenie o účele, povahe, dôsledkoch a rizikách poskytnutia psychologickej a špeciálno-pedagogickej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia ponúkanej starostlivosti.  
Som si vedomý(á), že svoj súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

Poučenie mi bolo podané zrozumiteľne, bez nátlaku s možnosťou slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a boli mi zodpovedané všetky otázky.

Dátum: .....

Podpis zákonného zástupcu/(klienta): .....