

Diétaigénylő lap



Kedves Szülő!

Az **eatrend** étkezési lehetőséget biztosít a speciális étrendet igénylő gyermekek számára. A gyermek helyes diéta-besorolásához az **eatrend** dietetikusai az alábbi nyomtatványokat kérik a szülőktől:

- **KITÖLTÖTT DIÉTAIGÉNYLŐ LAP** (ezen dokumentum hátoldalán található)
- **KITÖLTÖTT ADATKEZELÉSI HOZZÁJÁRULÁS** (ezen dokumentum hátoldalán található)
- **SZAKORVOSI IGAZOLÁS** fénymásolata, mely tartalmazza a következőket:
 - szakorvos neve, szakterülete (37/2014 EMMI rendelet alapján), elérhetősége
 - gyermek neve, adatai
 - alkalmazandó diéta pontos meghatározása
 - diéta alkalmazásának várható időtartama
 - **az igazolás 1 évnél ne legyen régebbi** (kivéve, ha a szakorvos ráírta, hogy a betegség élethosszig fennáll, és kontrollra nincs szükség).

A kézzel, vagy háziorvos által írt, esetleg rossz minőségű fénymásolt igazolásokat sajnos nem áll módunkban elfogadni.

A fenti dokumentumokat a **dietaignyles@eatrend.hu** e-mail címre kérjük eljuttatni, **vagy postai úton** elküldeni a szolgáltatás területe szerint az alábbi címek egyikére:

- **Győr és környéke:** Eatrend Arrabona Zrt. - dietetikai osztály, 9024 Győr, Hunyadi u. 14.
- **további szolgáltatási területeink:** Eatrend Kft. - dietetikai osztály, 2737 Ceglédbercel, Petőfi u. 6.

FONTOS!

A diétaigénylő lap PONTOS kitöltése gyermekeik érdeke!

A hiánytalanul benyújtott diétaigény esetén a kérelmezéstől számított legfeljebb **10 munkanapon belül** tudjuk biztosítani gyermeke számára az előírt étrendet.

Kérdéseikkel, észrevételeikkel kérjük, keressenek minket a lenti elérhetőségeken:

Eatrend - dietetikai csoport

Észrevétel, kérdés esetén kérjük,
vegye fel velünk a kapcsolatot:
dietetika@eatrend.hu

facebook.com/eatrend.magyarorszag

www.eatrend.hu



Diétaigénylő lap



Kérjük a szolgáltató részére scannelve elküldeni a szakorvosi igazolás másolatával együtt a **dietaigenyles@eatrend.hu** email címre, vagy a túloldalon jelzett postai címek egyikére.

Szülő/gondviselő tölti ki:

Gyermek neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Anyja neve: _____

Telefonszáma, e-mail címe: _____

Intézmény neve: _____

Intézmény címe: _____

Gyermek osztálya, csoportja: _____

Alulírott (szülő/gondviselő) nyilatkozom, hogy amennyiben gyermekem állapotában, illetve az általam megadott adatokban bármilyen változás következik be, arról a szolgáltatót köteles vagyok **haladéktalanul** írásban tájékoztatni.

Adatkezelési hozzájárulás

Hozzájárulok, hogy az Eatrend az általam a diéta igénylésekor megadott adatokat nyilvántartási célból kezelje.

Gyermekem és saját magam személyes adatainak kezeléséhez önként, a szükséges tájékoztatást követően hozzájárulok. Az adatok kezelése csak a nyilvántartás és a megfelelő diéta-szolgáltatás céljára vonatkozik.

Kelt:

.....
Szülő/gondviselő aláírása

Eatrend tölti ki:

Orvos által meghatározott diéta: _____

Diéta besorolása: _____

Diétás szolgáltatás kezdő időpontja: _____

