

**CENTRUM
PEDAGOGICKO – PSYCHOLOGICKÉHO PORADENSTVA A PREVENČIE**

Komenského 2740, 024 01 Kysucké Nové Mesto
telefón: 041 / 421 21 76, 0911 609 830, 0908 709 992
mail: pppnm@stonline.sk

Žiadosť podaná v CPPPaP dňa:

Číslo spisu:

ŽIADOSŤ O ODBORNÉ VYŠETRENIE / TERAPIU / REEDUKÁCIU

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Psychologické vyšetrenie / IKP / ŠZ | <input type="checkbox"/> Logopedické vyšetrenie / Prediktory |
| <input type="checkbox"/> Špeciálno – pedagogické vyšetrenie | <input type="checkbox"/> Sociálno – pedagogické vyšetrenie |

1. Údaje o klientovi:		EVUPP
Meno:		Priezvisko:
Dátum narodenia:	Rodné číslo:	Národnosť:
Adresa, kde klient býva (obec, ulica, PSC, okres):		
Škola / školské zariadenie:		Trieda: Triedny učiteľ:
ŠVVP -	Asistent učiteľa: áno - nie	Úprava učebných osnov: áno - nie

DRUH ŤAŽKOSTÍ, PRE KTORÉ ŽIADATE O VYŠETRENIE (opis ťažkosti v učení, v správaní, ktoré vedú k potrebe vyšetrenia):

Integrované kariérové poradenstvo

2. Údaje o rodine:			
Matka			
Meno:	Priezvisko:	Rok narodenia:	
Dosiiahnuté vzdelanie:		Telefonický kontakt:	
Adresa:			
Otec			
Meno:	Priezvisko:	Rok narodenia:	
Dosiiahnuté vzdelanie:		Telefonický kontakt:	
Adresa:			
Partner			
Meno:	Priezvisko:	Rok narodenia:	
Dosiiahnuté vzdelanie:		Telefonický kontakt:	
Forma spolužitia:			
Súrodenci - počet súrodencov, meno a priezvisko, rok narodenia, prekonané vážnejšie choroby, problémy s učením:			
Typ rodiny:	neúplná	úplná	Klient žije s :
Kto o vyšetrenie požiadal:	rodič	škola	iné zariadenie/inštitúcia
			klient sám

Rodičia sú rozvedení: áno – nie **Klient je v striedavej starostlivosti** áno – nie

Klient je zverený do starostlivosti / zákonný zástupca (komu):

Klient je nateraz v lekárskom ošetroaní (prečo, kde):
Klient bolo psychologicky už vyšetované (kedy, kde):
Klient navštevuje centrum / poradenské zariadenie (aké):
Klient – rodina, v ktorej žije je–nie je pod dohľadom orgánu starostlivosti o deti (dôvod):
.....

3. INFORMÁCIE O PSYCHOLOGICKEJ, ŠpeciÁLNO – PEDAGOGICKEJ, SOCIÁLNO - PEDAGOGICKEJ A ĎALŠEJ ODBORNEJ STAROSTLIVOSTI

(starostlivo preštudujte pred podpísaním súhlasu)

Vyšetrenie sa realizuje len s informovaným písomným súhlasom rodiča (zákonného zástupcu.); je možné ho odmietnuť. Vyšetrenie trvá zvyčajne 2 až 4 hodiny; obsahuje vyšetrenie schopností, osobnosti, záujmov, vedomostí, zručností, popri prípade iných oblastí ovplyvňujúcich sociálny a psychický vývin dieťaťa; vykonáva sa individuálne alebo skupinovo; je bezplatné. Klient /rodič (zákonný zástupca) sú o výsledkoch vyšetrenia informovaní v osobnom rozhovore. Správa z odborného vyšetrenia sa posiela vždy zákonnému zástupcovi (pri striedavej starostlivosti obom zákonným zástupcom). Ak je žiadosť o odborné vyšetrenie potvrdená i školou, školským zariadením, správa sa posiela aj do školy/školského zariadenia. Prípadne sa správa zasiela tretej osobe - inštitúcii oprávnenej zo zákona, ktorá o ňu požiada, alebo komu dáte písomný súhlas so zaslaním (napr. škola, školské zariadenie, ÚPSVaR, Krízové centrum, Polícia, prokuratúra...). Rodič/zákonný zástupca má právo oboznámiť sa s obsahom správy poskytnutej tretej osobe. Vyšetrenie ponúka možnosť dôkladne sa zorientovať v štruktúre psychických vlastností dieťaťa a prípadná identifikácia možných nežiaducich vplyvov, ako aj návrh opatrení na riešenie problému alebo ďalších výchovných či vzdelávacích postupov či profesijnej, študijnej a kariérovej orientácie.

Na vyšetrenie sa používajú diagnostické nástroje (tzv. psychologické, špeciálno-pedagogické a sociálno-pedagogické testy, prístrojové metódy, vychádzajúce z odborných vedeckých princípov platných v psychológii, špeciálnej pedagogike, psychodiagnostike, metodológii a psychometrii). Kvantitatívne a kvalitatívne údaje z testov sú súčasťou spisu dieťaťa spolu s ostatnými údajmi získanými pred vyšetrením – napr. anamnestické údaje, pedagogická charakteristika, v priebehu vyšetrenia – záznamy z rozhovorov, interpretácie, poznámky a po skončení vyšetrenia – správa o psychologickom vyšetrení, závery z konzultácií.

Poradenstvo sa realizuje len s informovaným písomným súhlasom rodiča (zákonného zástupcu.); je možné ho odmietnuť. Ide najmä o podporu úrovne psychickej a sociálnej regulácie správania klienta a/alebo úrovne jeho prospechu a výchovnej zvládnuteľnosti.

Reedukácia sa realizuje len s informovaným písomným súhlasom rodiča (zákonného zástupcu.); je možné ju odmietnuť. Reedukácia je označenie pre špeciálne pedagogické metódy, ktoré rozvíjajú nevyvinuté funkcie alebo upravujú či napravnú porušené funkcie a čiastkové oslabenia a to s dôrazom na celú osobnosť.

Terapia sa realizuje len s informovaným písomným súhlasom rodiča (zákonného zástupcu.); je možné ju odmietnuť. Psychoterapia je proces, v ktorom sú vytýčené liečebné ciele, so zámerom odstrániť alebo dostať pod kontrolu obťažujúce a nepríjemné príznaky tak, aby sa klient mohol vrátiť k normálnemu fungovaniu. môže mať podobu pravidelných, obvykle 45 až 50 minút trvajúcich sedení, počas ktorých sa klient spolu s odborníkom snaží identifikovať problémy, učí sa ich zvládať a postupne prekonávať emočné a duševné problémy.

Spracúvané osobné údaje v zmysle platnej legislatívy:

- O dieťati: meno, priezvisko, dátum a miesto narodenia, rodné číslo, bydlisko, štátna príslušnosť, národnosť, fyzické zdravie, duševné zdravie, mentálna úroveň vrátane výsledkov pedagogicko-psychologickej, špeciálno-pedagogickej diagnostiky a ďalšej odbornej činnosti.
- O rodičoch: meno a priezvisko, rok narodenia, vzdelanie, trvalé bydlisko, telefónny kontakt, podpis.

Ďalšia dokumentácia v zmysle § 11 ods. 10 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „školský zákon“) je najmä: správa zo psychologického, špeciálnopedagogického alebo sociálno - pedagogického vyšetrenia a písomné vyjadrenie ku školskému začleneniu.

V spracúvaných osobných údajoch sú aj osobné údaje patriace do osobitnej kategórie osobných údajov. Zamestnanci CPPPaP sú povinní zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedeli pri svojej činnosti, a to aj po skončení pracovnoprávneho vzťahu podľa § 8 ods. 1, písm. c.) zákona č. 552/2003 Z. z. o výkone prác vo verejnom záujme v znení neskorších predpisov, podľa §3 zákona č. 199/1994 Z. z. o psychologickú činnosť a Slovenskej komore psychológov, podľa §79 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 18/2018 Z. z.“) a čl. 90 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady č. 2016/679 ako aj podľa § 11 ods. 7 školského zákona.

Rodič/zákonný zástupca dáva svojim podpisom súhlas na spracúvanie osobitných kategórií osobných údajov dotknutej osoby v zmysle čl. 9 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady č.679/2016.

Bez písomného súhlasu rodiča klienta / zákonného zástupcu nebudú poskytnuté vyššie uvedené osobné údaje iným osobám a po uplynutí lehoty uloženia, ktorá je podľa § 5 ods. 3 písm. b.) vyhlášky č. 326/2008 Z. z. o druhoch a náležitostiach vysvedčení a ostatných školských tlačív vrátane spôsobov ich evidencie a uloženia, 20 rokov od posledného poskytnutia starostlivosti, budú zlikvidované.

4. INFORMOVANÝ SÚHLAS S POSKYTOVANÍM STAROSTLIVOSTI A SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

- Po preštudovaní informácií uvedených vyššie, súhlasím s vyšetrením môjho dieťaťa:

....., rodné číslo.....: za účelom poskytovania pedagogicko – psychologickej, špeciálno – pedagogickej, sociálno – pedagogickej a ďalšej odbornej starostlivosti.

V Kysuckom Novom Meste dňa

.....
podpis zákonného zástupcu

(pri striedavej starostlivosti je nevyhnutný podpis oboch zákonných zástupcov)

- Potvrdzujem, že som bol(a) informovaný(á) a riadne poučený(á) o možných dôsledkoch zamlčania alebo poskytnutia neúplných, nepravdivých alebo zavádzajúcich informácií – nášmu centru (v zmysle podpornej dokumentácie ku odbornému vyšetreniu a pri anamnestickom rozhovore) alebo iným zariadeniam (o priebehu a výsledkoch starostlivosti v našom zariadení)

V Kysuckom Novom Meste dňa

.....
podpis zákonného zástupcu

(pri striedavej starostlivosti je nevyhnutný podpis oboch zákonných zástupcov)

- Potvrdzujem, že som bol(a) informovaný(á) a riadne poučený(á) o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach starostlivosti v CPPPaP Kysucké Nové Mesto vyššie uvedeného (vrátane depistážnych diagnostík, poradenských a terapeutických postupoch, stimulačných a preventívnych aktivitách), ako aj o možných dôsledkoch spojených s navrhovanou starostlivosťou (napr. konzultovanie so školou, školským zariadením, odborným lekárom...). Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Svoj súhlas dávam na dobu plnenia vyššie popísaného účelu.

V Kysuckom Novom Meste dňa

.....
podpis zákonného zástupcu

(pri striedavej starostlivosti je nevyhnutný podpis oboch zákonných zástupcov)

- Súhlasím s poskytnutím zhromaždených osobných údajov z vyšetrenia na ďalšie spracúvanie Výskumnému ústavu detskej psychológie a patopsychológie na vedecký výskum a vývoj, a to v rámci realizácie národného projektu „Komplexný poradenský systém prevencie a ovplyvňovania sociálno-patologických javov v školskom prostredí“, ITMS 26 130 230 025.

Svoj súhlas dávam na dobu plnenia vyššie popísaného účelu (*nehodiace sa prečiarknite*): áno nie

V Kysuckom Novom Meste dňa

.....
podpis zákonného zástupcu

(pri striedavej starostlivosti je nevyhnutný podpis oboch zákonných zástupcov)

- Správa z odborného vyšetrenia sa posieľa vždy zákonnému zástupcovi (pri striedavej starostlivosti obom zákonným zástupcom). Ak je Žiadosť o odborné vyšetrenie potvrdená i školou/školským zariadením, správa sa posieľa aj do školy/školského zariadenia. Prípadne sa správa zasiela tretej osobe - inštitúcii oprávnenej zo zákona, ktorá o ňu požiada, alebo komu dáte písomný súhlas so zaslaním (napr. škola, školské zariadenie, ÚPSVaR, Krízové centrum, Polícia, prokuratúra...). Rodič/ zákonný zástupca má právo oboznámiť sa s obsahom správy poskytnutej tretej osobe.

*Súhlasím - *nesúhlasím so zaslaním správy (**nehodiace sa prečiarknite*):

V Kysuckom Novom Meste dňa

.....
podpis zákonného zástupcu

(pri striedavej starostlivosti je nevyhnutný podpis oboch zákonných zástupcov)

Riaditeľka CPPPaP Kysucké Nové Mesto, Mgr. ŽABKOVÁ Alena, rozhodla o prijatí klienta do starostlivosti v zariadení na základe žiadosti a informovaného súhlasu, v zmysle platnej legislatívy.

Predvolaný na deň: hodina: Meno odborného zamestnanca:

.....
podpis riaditeľa a pečiatka školy

Prejdané tretou osobou dňa:

.....
podpis riaditeľa a pečiatka CPPPaP KNM

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

SÚRODENCI

Meno	vek	škola	zamestnanie
------	-----	-------	-------------

.....

.....

.....

.....

.....

ZDRAVOTNÁ ANAMNÉZA:

VÁŽNE CHOROBY (ŽIAKA)

VÁŽNE OCHORENIA V RODINE:

.....

SOČ, KRÚŽKY, ZÁUJMY, OLYMPIÁDY:

.....

ŠTUDIJNÝ PROSPECH:

PRIEMER VYSVEDČENIA Z 1. ROČNÍKA):

PRIEMER VYSVEDČENIA Z 2. ROČNÍKA):

PRIEMER VYSVEDČENIA Z 3. ROČNÍKA):

ŠKOLA A ŠTUDIJNÝ ODBOR O KTOROM UVAŽUJEM:

1.

2.

3.