

INFORMOVANÝ SÚHLAS S VYŠETRENÍM A SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

INFORMÁCIE O PSYCHOLOGICKOM, ŠPECIÁLNO - PEDAGOGICKOM A INOM ODBORNOM VYŠETRENÍ (ďalej len „vyšetrenie“) (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, poprípade iných oblastí ovplyvňujúcich sociálny a psychický vývin dieťaťa; vykonáva sa individuálne alebo skupinovo; je bezplatné. Dieťa /rodič (zákonný zástupca) sú o výsledkoch vyšetrenia informovaní v osobnom rozhovore. Správa z vyšetrenia sa posielajú inštitúcii oprávnenej zo zákona, ktorá o ňu požiada (napr. škola, školské zariadenie...). Rodič/ zákonný zástupca má právo oboznámiť sa s jej obsahom.

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 kariérnej 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.

Osobné údaje spracúvané v rámci vyšetrenia:

O dieťati: meno, priezvisko, dátum a miesto narodenia, bydlisko, rodné číslo, štátna príslušnosť, národnosť, fyzické zdravie, duševné zdravie, mentálna úroveň vrátane výsledkov psychologickéj a špeciálno-pedagogickéj diagnostiky,

O rodičoch: meno a priezvisko, adresa zamestnávateľa, trvalé bydlisko, telefónny kontakt, podpis.

Ďalšia dokumentácia v zmysle § 11, ods. 9 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: Správa z diagnostického vyšetrenia dieťaťa alebo žiaka a písomné vyjadrenie školského zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.

V spracúvaných osobných údajoch sú aj osobné údaje patriace do osobitnej kategórie osobných údajov. Zamestnanci ČŠPP 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 psychologickéj činnosti a Slovenskej komore psychológov, podľa §22 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 84/2014 Z. z. (ďalej len „zákon č. 122/2013 Z. z.“) ako aj podľa § 11 ods. 7 školského zákona.

Údaje o psychickej identite a psychickej pracovnej spôsobilosti môže v zmysle § 13 ods. 3 zákona č. 122/2013 Z. z. spracúvať len psychológ alebo ten, komu to umožňuje osobitný zákon.

Bez písomného súhlasu rodiča dieťaťa / 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.

RODIČ/ ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA KLIENTA - MENO A PRIEZVISKO:

ADRESA TRVALÉ BYDLISKO :

TELEFÓNNY KONTAKT :

PO PREŠTUDOVANÍ INFORMÁCIÍ UVEDENÝCH VYŠŠIE SÚHLASÍM S VYŠETRENÍM MÔJHO DIEŤAŤA /SEBA SAMÉHO

MENO A PRIEZVISKO DIEŤAŤA/ KLIENTA NAD 18 ROKOV:

DÁTUM A MIESTO NARODENIA:

BYDLISKO:

RODNÉ ČÍSLO:ŠTÁTNA PRÍSLUŠNOSŤ: NÁRODNOSŤ:

za účelom poskytovania psychologickkej, špeciálno – pedagogickkej a sociálno – pedagogickkej, liečebno – pedagogickkej a inej odbornej starostlivosti môjmu dieťaťu v CŠPP v Novej Bani. Potvrdzujem, že som bol(a) informovaný(á) a riadne poučený(á) o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach starostlivosti v CŠPP vyššie uvedeného vrátane depistážnych, diagnostických, poradenských a terapeutických postupov, ako aj o možných dôsledkoch spojených s navrhovanou starostlivosťou. 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.

Zároveň za rovnakých podmienok a na rovnaké účely súhlasím s vytvorením fotokópií lekárskeho správ a nálezov týkajúcich sa zdravotného stavu môjho dieťaťa a ich použitím pre potreby poskytovania starostlivosti CŠPP môjmu dieťaťu.

Zákonný zástupca dieťaťa/ klient nad 18 rokov bol riadne poučený o dôsledkoch svojho súhlasu.

podpis rodiča/ zákonného zástupcu/ klient nad 18 rokov

V.....dňa.....

Správa z vyšetrenia sa posiela inštitúcii oprávnenej zo zákona, ktorá o ňu požiadala (napr. škola, školské zariadenie,...). Rodič/ zákonný zástupca má právo oboznámiť sa s jej obsahom.

Súhlasím so zaslaním správy (nehodiace sa prečiarknite): áno nie

podpis rodiča /zákonného zástupcu/ klient nad 18 rokov

V.....dňa.....