



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 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 érzékenységét és allergiáját tartalmazó részletes szakorvosi igazolást
tudjuk elfogadni. A szakorvosi igazolás megfelelőségét minden esetben dietetikus ellenőrzi.*

Kelt, 20.....év.....hónap.....nap

.....

Aláírás