

SELVITYS ERITYISRUOKAVALIOSTA

Päiväys ____ / ____ 20____

Lomake koskee pysyvää erityisruokavaliota tai ruoka-allergioita, jotka aiheuttavat vakavia oireita. Lomake täytetään terveydenhoitajan, lääkärin tai ravitsemusterapeutin kanssa. Uskonnollisessa ruokavaliossa riittää huoltajan tai täysi-ikäisen allekirjoitus. Ruoka-allergioiden osalta lomake tulee päivittää tilanteen muuttuessa. Tarjottava ruoka on laktoositonta. Mikäli käytössä on vain muutamia ruoka-aineita, käytä lomaketta 2. Allekirjoittamalla ja palauttamalla lomakkeen huoltaja antaa luvan tietojen käyttämiseen varhaiskasvatuksessa/koulussa/iltapäiväkerhossa ja ateriapalveluissa sekä näiden tietojärjestelmissä. Mikäli vain terveydenhuollonammattilainen täyttää lomakkeen, huoltajaa tulee informoida tiedon jakamisesta*.

Nimi _____

Syntymäaika _____

Päiväkoti/koulu _____

Ryhmä/Luokka _____

 /Henkilökunta

Huoltaja _____

PYSYVÄ ERITYISRUOKAVALIO	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Liitteenä ateriasuunnitelma <input type="checkbox"/> Keliakia <input type="checkbox"/> ei käytä gluteenitonta kauraa		
PYSYVÄ EETTINEN TAI USKONNOLLINEN RUOKAVALIO	<input type="checkbox"/> Kasvisruokavaliio (Sisältää maitotaloustuotteita ja kananmunaa) <input type="checkbox"/> syö kalaa <input type="checkbox"/> syö broileria ja kalkkunaa <input type="checkbox"/> ei veriruokia <input type="checkbox"/> ei sisäelimiä <input type="checkbox"/> ei sianlihaa <input type="checkbox"/> ei naudanlihaa		
VUOSITTAIN TARKISTETTAVA RUOKA-AINEALLERGIA <input type="checkbox"/> Adrenaliiniruiske varalääkkeenä	Merkittäviä tai hengenvaarallisia oireita aiheuttava		
	Ruoka-aine	Oire	Anafylaksian vaara
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
RUOKAILUTILANTEESSA HUOMIOITAVA	Ruokailutilanteessa ruokailijan itse syrjään siirtämät/syrjään siirrettävät ruoka-aineet: _____ _____ _____ Ruokajuoma <input type="checkbox"/> Laktoositon		
MUUTA HUOMIOITAVAA			

Ammattilaisen allekirjoitus ja nimenselvennys <input type="checkbox"/> Lääkäri <input type="checkbox"/> Terveydenhoitaja <input type="checkbox"/> Ravitsemusterapeutti	Yhteystiedot <input type="checkbox"/> *Huoltajaa on informoitu tiedon jakamisesta
Huoltajan/Henkilökunta asiakkaan allekirjoitus ja nimenselvennys	Yhteystiedot