

	ADATLAP DIÉTÁS ÉTKEZÉST IGÉNYLŐ FOGYASZTÓRÓL
--	--

Csak friss (1 évnél nem régebbi) szakorvosi igazolást áll módunkban elfogadni!

Étkezést i én ló/Gondviselő tölti ki:			
Fogyasztó neve*.		Születés ideje*:	
Intézmény megnevezése* (óvoda, iskola):			
Diagnózis, igényelt diéta megnevezése: Allergénre való reakció súlyossága: enyhe/közepes/súlyos Tünetek: Igényelt étkezések száma/nap* :			
Étkezést igénylő/Gondviselő neve és elérhetősége (e-mail cím, telefonszám):			
Jelen adatlap kitöltésével és aláírásával hozzájárulok, hogy a Szolgáltató az általam megadott adatokat kezelje és nyilvántartsa az EU 2016/679 rendelete (általános adatvédelmi rendelet- GDPR) alapján. Tájékoztatjuk Önt arról, hogy az adatok kezeléséhez adott hozzájárulását bármikor visszavonhatja, ebben az esetben az adatait töröl -tik, de ekkor a szol áztatás tel •esítésére a továbbiakban nincs módunk.			
Adatlap beküldésének időpontj a:		Étkezést igénylő/Gondviselő aláírása:	
(Szolgáltató) tölti ki			
Dietetikus véleménye/javaslat:			
Ellátó üzem:	Dátum (első szolgáltatási nap):	Dietetikailag biztosítható/ nem biztosítható	
Diéta fajtája* :		Diéta betűkódja*•	Diétás/Erzékeny
Szakorvosi igazolás fajtája:		Szakorvosi igazolás dátuma:	
Szakorvosi igazolás fajtája:		Szakorvosi igazolás dátuma:	
Dietetikus aláírása:		Dátum:	
Szol áztatásmenedzsment átvette	Dátum:	Aláírás:	
Szol áztatásmenedzsment átvette	Módosítás dátuma:	Aláírás:	
Fo asztó azonosító kód a:	Dátum:	Beállító aláírása	
Diétás szol áztatás me szüntetésének idő ont' a:		Dietetikus aláírása:	Dátum:
Diétás szolgáltatás megszüntetésének oka:			
Szol áztatásmenedzsment osztál átvette	Aláírás:	Dátum:	
Adatok ld.* átadása ellátó intézmén és üzem felé me örtént.		Dietetikus aláírása:	Dátum:

diétás étkezést igénylő adatlap_frissített 2019. 10. 01..