

SELVITYS ERITYISRUOKAVALIOSTA

Päiväys ____ / ____ 20 ____

Nimi ____

Syntymävuosi ____

Päiväkoti/koulu ____

Ryhmä/Luokka ____

/ ☐ Henkilökunta

Huoltaja ____

Huoltajan/täysi-ikäisen puhelin/sähköposti ____

Selvitys terveydenhuollosta			
PYSYVÄ ERITYISRUOKAVALIO	☐ Keliakia ☐ ei käytä gluteenitonta kauraa ☐ Vegaaniruokavalio ☐ Pitkäaikaissairaus ____		
VAIKEA RUOKA-ALLERGIA Voimassaoloaika ____ / ____ / 20 ____ asti ☐ Adrenaliiniruiske varalääkkeenä	Merkittäviä tai hengenvaarallisia oireita aiheuttava		
	Ruoka-aine	Oire	Anafylaksian vaara
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
MUUTA HUOMIOITAVAA	☐ Liitteenä selvitys		
Ammattilaisen allekirjoitus ja nimenselvennys ☐ Lääkäri ☐ Ravitsemusterapeutti		Yhteystiedot	

Huoltajan tai täysi-ikäisen ilmoitus		*Vain varhaiskasvatus ja ruokailussa erityistä tukea tarvitsevat asiakkaat ilmoittavat tiedot
*PYSYVÄ EETTINEN RUOKAVALIO	☐ Kasvisruokavalio (Sisältää maitotaloustuotteita ja kananmunaa) ☐ syö kalaa ☐ syö broileria ja kalkkunaa ☐ ei veriruokia ☐ ei sisäelimiä ☐ ei sianlihaa ☐ ei naudanlihaa	
*RUOKAILUTILANTEESSA HUOMIOITAVA LIEVÄ RUOKA-ALLERGIA	Ruokailutilanteessa ruokailijan syrjään siirtämät/syrjään siirrettävät ruoka-aineet: ____ Ruokajuoma ☐ Laktoositon	
MUUTA HUOMIOITAVAA	☐ Diabetes ☐ Muutos ruokailupaikassa ☐ Ruokavalion purku ____	
Huoltajan/täysi-ikäisen allekirjoitus ja nimenselvennys		Yhteystiedot