Wywiad pielęgniarki szkolnej

Proszę Rodziców/Opiekunów o podanie poniższych informacji, które umożliwią prawidłową medyczną i wychowawczą opiekę szkolną nad Państwa dzieckiem

pieczątka szkolnego gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej

(wywiad ten będzie włączony do indywidualnej dokumentacji medycznej ucznia prowadzonej w gabinecie szkolnym – dane wyłącznie do użytku służby zdrowia, objęte tajemnicą zawodową i ustawą o ochronie danych osobowych)

……..płeć **M Ż**

nazwisko i imię

niewłaściwe przekreślić krzyżykiem

data urodzenia rrrr-mm-dd | | | | | - | | | - | | |

PESEL dziecka | | | | | | | | | | | |

| | - | | | | ……

adres zamieszkania - kod pocztowy, nazwa miejscowości, ulica, nr domu, nr mieszkania

Informacje rodziców/opiekunów o dziecku:

nr tel rodz./opiek w godz. 8-16 ……

nr tel do zakładu pracy w godz. 8-16 ……

nr tel; nazwisko i imię osoby upoważnionej do odebrania ucznia ze szkoły ……

Dotychczas przebyte choroby ……

Choroby w ostatnich 12-mies. (jakie, kiedy) ……

Czy jest pod opieką lekarza specjalisty (jakiego, powód) ……

Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności (TAK, NIE)……

Pobyty w szpitalu, operacje (kiedy, z powodu) ……

Zgłaszane przez dziecko dolegliwości ……

Uczulenia np. na leki, potrawy, kurz itp.(jakie?) ……

Czy dziecko może przyjmować leki p/bólowe – jakie?……

Czy nosi okulary? (podać rodzaj wady wzroku)……

Inne uwagi o zdrowiu dziecka……

Czy dziecko może brać udział w zajęciach WF i zajęciach sportowych szkolnych i pozaszkolnych (TAK, NIE

- jeśli NIE to dlaczego) ……

Wyrażam zgodę na fluoryzację zębów wykonywaną przez pielęgniarkę szkolną w klasach I – VI sz. podst. (TAK, NIE) ……

Oświadczenie

1. **Zgadzam – nie zgadzam*** się na wykonywanie świadczeń pielęgniarki szkolnej w trybie i zakresie określonym w Rozp. Min. Zdrowia z dn. 28.VIII.2009r. **w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą** (Dz. U. z dn. 31.VIII.2009r., poz. 1133) oraz z dn. 22.X.2010r. **w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ** (Dz. U. nr 208 poz. 1376 zał. nr 4) a także na sprawdzanie higieny osobistej przez pielęgniarkę szkolną.
2. **Zgadzam – nie zgadzam*** się na dostęp do niezbędnych informacji medycznych o moim dziecku przez dyrektora szkoły, wychowawcę klasy, pedagoga szkolnego oraz nauczyciela WF i gimnastyki korekcyjnej.
3. **Zgadzam – nie zgadzam*** się na sprawdzanie higieny osobistej przez pielęgniarkę szkolną.
4. **Zgadzam się** na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z zasadami określonymi w RODO

…….. ……

data czytelny podpis rodzica / opiekuna

Informujemy rodziców/opiekunów, że w sekretariacie szkoły oraz przy gabinecie pielęgniarki szkolnej znajdą Państwo aktualne informacje o:

- terminach i zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami
- możliwościach (godzinach pracy gabinetu) i sposobie kontaktowania się w związku ze sprawowaną opieką nad uczniami

• Niepotrzebne skreślić