

Hsz-21a Wywiad pielęgniarki szkolnej

oznaczenie szkolnego gabinetu profilaktyki
zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej

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

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

..... nazwisko i imiona dziecka

..... płeć M Z

..... data urodzenia

..... m

..... PESEL dziecka

..... nieświadcze przekreślić krzyżykiem

..... d

..... r

..... adres zamieszkania - kod pocztowy, nazwa miejscowości, ulicy, nr domu, nr mieszkania

Informacje rodziców / opiekunów o dziecku: nr tel. rodz./opiek. w godz. 8-16

Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dziecka (imię, nazwisko, adres przychodni)

Czy dziecko choruje przewlekłe TAK, NIE* na jakie choroby?

Czy w związku z tym wymaga szczególnej opieki pielęgniarskiej - w jakim zakresie?

Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności TAK, NIE* - jeśli tak, proszę o dołączenie kopii

Zgłaszane przez dziecko dolegliwości

Uczulenie np. na leki, potrawy, kurz itp. - jakie?

Czy dziecko może przyjmować leki /bólowe - jakie?

Czy dziecko nosi okulary (podać rodzaj wady wzroku)?

Inne istotne uwagi o zdrowiu dziecka

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

(TAK, NIE* - jeśli NIE to dlaczego)

Wyrażam zgodę na fluoryzację zębów wykonywaną przez pielęgniarkę szkolną w kl. od I do VI sz. podst. TAK NIE*

Oświadczenie

1. Zgadzam - nie zgadzam się* na wykonywanie świadczeń pielęgniarki szkolnej na zasadach i w zakresie określonym przez ustawę z dnia 12.04.2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019 r. poz.107/8) oraz Rozp. Min. Zdrowia z dn. 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 736).

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.
Uwaga! Dostęp innych osób wymaga osobnej, pisemnej zgody rodzica / opiekuna.

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 rodziców / opiekunów

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

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

*Niepotrzebne skreślić

absolwent@trkimedyczne.pl Olsztyn, tel. 89 535 10 20