

**MEDYCYNA SZKOLNA IWOMED**

Iwona Parylak

70-778 Szczecin, ul. Turkusowa 20/13

oznaczenie szkolnego gabinetu profilaktyki  
zdrowotnej i pomocy przedlekarskiejHsz-21a **Wywiad pielęgniarki szkolnej**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 medycznej ucznia prowadzonej w gabinecie szkolnym  
- dane wyłącznie do użytku służby zdrowia, objęte tajemnicą zawodową i ustawą o ochronie danych osobowych)nazwisko i imiona dziecka ..... płęć **M** **Ż**  
niewłaściwe przekreślić krzyżykiem

data urodzenia	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PESEL dziecka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	d		d		m		m		r		r		r		r						

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 p/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.1078) oraz Rozp. Min. Zdrowia z dn. 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 540).
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

dodrukuj.pl Olsztyn, tel. 607 073 498