

14-00042

U7R-1-00037-01-01
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Przychodnia Miejska
Gabinet medycyny szkolnej str. 1/1
05-420 Józefów, ul. Mickiewicza 11
pieczęć szkolnego gabinetu profilaktyki
REGON 142009014 NIP 142-16-43-282
lecdn.org.01 Kom. 024

Hsz-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)

..... płeć **M** **Ż**
niewłaściwe przekreślić krzyżykiem

..... nazwisko i imiona dziecka

data urodzenia (rrrr-mm-dd)

..... - -

PESEL dziecka

.....

..... -

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

Informacje rodziców/opiekunów o dziecku:

nr telef. rodz./opiek. w godz. 8-16

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 kl. od I do VI sz. podst. (TAK, NIE)

Oświadczenie

1 Zgadzam - Nie zgadzam (niepotrzebne skreślić) się na wykonywanie świadczeń pielęgniarki szkolnej w trybie i zakresie określonym w Rozp. Min. Zdrowia z dn. 28.VIII.2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. z dn. 31.VIII.2009 r., poz. 1133) oraz z dn. 22.X.2010 r. 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 (niepotrzebne skreślić) się na dostęp do niezbędnych informacji medycznych o moim dziecku przez dyrektora szkoły, wychowawcę klasy, pedagoga szkolnego oraz nauczyciela WF i gymnastyki korekcyjnej.

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

..... data

..... czytelny podpis rodzica/opiekuna

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 zdrowotnej nad uczniami
- możliwościach (godzinach pracy gabinetu) i sposobie kontaktowania się w związku ze sprawowaną opieką nad uczniami