

.....
oznaczenie świadczeniodawcy

Klauzula informacyjna

Działając na podstawie art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019 r. poz. 1078) informuję, że uczniowie są objęci profilaktyczną opieką zdrowotną w środowisku nauczania i wychowania w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej obejmujących:¹

1. wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych u ucznia odbywającego roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne lub klasy I oraz w klasie III, V, VII szkoły podstawowej, w klasie I oraz ostatniej szkoły ponadpodstawowej, a także kierowanie postępowaniem poprzemieszaniowym oraz sprawowanie opieki czynnej nad uczniami z problemem zdrowotnym;
2. opiekę nad uczniami przewlekle chorymi i z niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarstwa oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem rodzinnym, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole;
3. udzielaniu pomocy przedlekarskiej w nagłych wypadkach, zachorowaniach lub zatruciach u uczniów;
4. udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej;
5. grupowej profilaktyce fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatem fluorkowym u uczniów klas I – VI szkół podstawowych oraz edukacji w zakresie zdrowia jamy ustnej;
6. doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole.

Wyrażenie sprzeciwu wobec objęcia profilaktyczną opieką zdrowotną wymaga formy pisemnej
(zgodnie z art. 7 ust. 3 ustawy).

Jednocześnie informuję, że pozyskane dane dotyczące stanu zdrowia ucznia są **objęte tajemnicą medyczną**. Ponadto dane osobowe przetwarzane są zgodnie z RODO², w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń zdrowotnych. Szczegółowe zasady ich przetwarzania dostępne są na stronie internetowej pod adresem:

nie dotyczy

..... oraz na tablicy informacyjnej w gabinecie szkolnym.

W przypadku braku sprzeciwu na objęcie dziecka opieką, proszę o wypełnienie i przekazanie pielęgniarce / higienistce szkolnej Karty Wywiadu Zdrowotnego Ucznia. Dane uzyskane z wywiadu posłużą do realizacji wyżej wymienionych świadczeń.

W celu zapewnienia właściwej opieki nad dzieckiem podczas pobytu w szkole, proszę o bieżące informowanie pielęgniarki / higienistki szkolnej o wszelkich zmianach w stanie zdrowia dziecka.

Dane osobowe dziecka

.....
data, podpis i pieczęćka pielęgniarki / higienistki szkolnej

Imię i nazwisko ucznia: data urodzenia:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 adres zamieszkania:

Nazwa i adres przychodni lekarza POZ, do której zadeklarowany jest uczeń

Dane dotyczące stanu zdrowia dziecka

1. Przebyte choroby (rok życia, rodzaj):
2. Przebyte urazy (rok życia, rodzaj):
3. Przebyte zabiegi operacyjne (rok życia, rodzaj):
4. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe? Jeśli tak, to proszę o zaznaczenie odpowiednich pozycji z listy i podanie nazwy leków jakie dziecko przyjmuje oraz sposobu ich dawkowania:

¹ część I załącznika nr 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej - (Dz. U. z 2021 r. poz. 540, z późn. zm.)

² Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

- padaczka, leki dawkowanie:
- cukrzyca, leki dawkowanie:
- choroby serca, leki dawkowanie:
- alergia, leki dawkowanie:
na co:
- inne, leki dawkowanie:
na co:

5. Czy dziecko jest uczulone na leki?

- Nie
- Tak, proszę wymienić na jakie:

6. Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej?

- Nie
- Tak, jakiej? z jakiego powodu:

7. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności?

- Nie
- Tak, z jakiego powodu
stopień niepełnosprawności:

8. Czy u dziecka występują przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach w-f lub wysiłku fizycznego?

- Nie
- Tak, proszę podać jakie:

9. Proszę o podanie indywidualnych zaleceń w zakresie opieki zdrowotnej nad dzieckiem podczas jego pobytu w szkole:

.....
.....

Wyrażam zgodę na wymianę informacji przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną z lekarzem POZ o stanie zdrowia ucznia w zakresie niezbędnym do realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej (art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami):

Tak Nie

Wyrażam zgodę na wymianę informacji przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną z lekarzem dentystą o stanie zdrowia ucznia w zakresie niezbędnym do realizacji opieki stomatologicznej, w szczególności zdrowia jamy ustnej, (art. 16 ust. 1 pkt 1 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami):

Tak Nie

Dane kontaktowe

1. Rodzice lub opiekunowie prawni dziecka.

Imię i nazwisko: telefon:

Imię i nazwisko: telefon:

2. W przypadku, gdy osoby wymienione wyżej nie mogą odebrać dziecka ze szkoły w razie nagłego pogorszenia stanu jego zdrowia, proszę o wskazanie osób upoważnionych, które mogą zostać poinformowane o stanie zdrowia dziecka i mogą je odebrać:

Imię i nazwisko: telefon:

Imię i nazwisko: telefon:

.....
data i czytelny podpis rodziców / opiekunów prawnych dziecka

W przypadku uczniów przewlekle chorych lub niepełnosprawnych proszę o zapoznanie się i podpisanie formularza zgody na realizację opieki w szkole przez pielęgniarkę / higienistkę szkolną