

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

pieczętka 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)

..... płęć **M** **Ż**

..... niewłaściwie przekreślić krzyżykiem

..... nazwisko i imię

data urodzenia rrrr-mm-dd	<input style="width: 100%;" type="text"/>	-	<input style="width: 100%;" type="text"/>	-	<input style="width: 100%;" type="text"/>	PESEL dziecka	<input style="width: 100%;" type="text"/>
---------------------------------	---	---	---	---	---	------------------	---

  

<input style="width: 100%;" type="text"/>	-	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
---	---	---	---

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** (niepotrzebne skreślić) się na wykonywanie świadczeń pielęgniarki szkolnej w trybiei 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** (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