

KARTA WYWIADU ZDROWOTNEGO UCZNI
(kartę wypełnić drukowanym pismem)

I. 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.

II. Dane dotyczące dziecka:

imię i nazwisko ucznia/uczennicy data urodzenia

..... nr PESEL miejsce zamieszkania (adres):

....., ulica kod pocztowy

nazwa i adres przychodni, lekarza POZ, do której zadeklarowany jest uczeń:

nazwa i adres placówki zdrowotnej, której uczeń/uczennica podlega:

III. Dane dotyczące stanu zdrowia dziecka

1) przebyte choroby (rok, rodzaj choroby):

.....
.....

2) przebyte urazy (rok, rodzaj choroby):

.....
.....

3) przebyte zabiegi operacyjne (rok, rodzaj choroby):

.....

4) czy dziecko choruje na choroby przewlekłe ? Jeżeli tak, to proszę o zaznaczenie odpowiednich pozycji z listy i podanie listy leków, jakie dziecko przyjmuje oraz sposobu ich dawkowania:

5) padaczka, leki:
dawkowanie:.....,

6) cukrzyca, leki:
dawkowanie:.....

7) choroby serca, leki:
dawkowanie:

8) alergię, na co, leki
dawkowanie:.....

9) inne choroby, jakie,leki:
dawkowanie:.....

10) czy dziecko jest uczulone na leki?, proszę wymienić na jakie:

.....

11) Czy u dziecka występują przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach w-f lub wysiłku fizycznego ?
proszę podać jakie:

.....

12) proszę podać indywidualne zalecenia w zakresie opieki zdrowotnej nad dzieckiem podczas jego pobytu w szkole:.....

.....

13) czy uczeń/uczennica jest pod opieką poradni specjalistycznej ? Jakiej:.....

..... Z

jakiego powodu:

- 14) czy uczeń/uczennica posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ? z jakiego powodu
-
- 15) czy wyrażają Państwo zgodę na ewentualne podanie leków w przypadku dolegliwości bólowych u dziecka? tak/nie (*niepotrzebne skreślić*)
- 16) czy wyrażają Państwo zgodę na kontrolę czystości włosów w kierunku wszawicy? tak/nie (*niepotrzebne skreślić*)

Kogo zawiadomić w przypadku choroby dziecka (interwencji karetki pogotowia), imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa osoby pełnoletniej oraz telefon kontaktowy:

.....

IV. OŚWIADCZENIE

- 1) Wyrażam / nie wyrażam (*niepotrzebne skreślić*) zgodę na wykonywanie świadczeń pielęgniarki szkolnej zgodnie z ustawą o opiece zdrowotnej nad uczniami
- 2) Wyrażam / nie wyrażam (*niepotrzebne skreślić*) zgodę na poinformowanie wychowawcy, nauczyciela w-f, pedagoga szkolnego, dyrektora szkoły o stanie zdrowia mojego dziecka.
- 3) Wyrażam / nie wyrażam (*niepotrzebne skreślić*) zgodę na przeprowadzenie kontroli czystości w uzasadnionym przypadku.
- 4) Wyrażam / nie wyrażam (*niepotrzebne skreślić*) zgodę na wymianę informacji przez pielęgniarkę 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).
- 5) Wyrażam / nie wyrażam (*niepotrzebne skreślić*) zgodę na wymianę informacji przez pielęgniarkę 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);
- 6) Oświadczenie obowiązuje do czasu ukończenia nauki przez ucznia w tej szkole.**
- 7) Wyrażenie sprzeciwu wobec objęcia profilaktyczną opieką zdrowotną wymaga formy pisemnej (zgodnie z art. 7 ust. 3 ustawy).**

Dataczytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

V. INFORMACJA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art.24 ust.1 oraz art.27 ust. 2 pkt. 1 ustawy O ochronie danych osobowych przyjmuję, że administratorem danych jest Gabinet Pielęgniarki Szkolnej w BZDZ al. 3-go Maja 5, 86 - 200 Chełmno. Dane będą przetwarzane wyłącznie w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz uczniów. Dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa. Przysługuje mi prawo do wglądu w treść danych oraz ich poprawiania. Dane podaje dobrowolnie wyrażając zgodę na ich przetwarzanie zgodnie z celem podanym powyżej. Wyrażona zgoda może być odwołana w dowolnym czasie.

Dataczytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Bardzo proszę o dostarczenie „Karty Wywiadu Środowiskowego” do gabinetu pielęgniarki szkolnej znajdującego się na terenie szkoły oraz **informowanie o wszelkich zmianach dotyczących zdrowia dziecka.**

Informuję, że pozyskane dane dotyczące stanu zdrowia ucznia są objęte tajemnicą medyczną. Ponadto dane osobowe przetwarzane są zgodnie z RODO w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń zdrowotnych. Szczegółowe zasady ich przetwarzania dostępne są na tablicy informacyjnej w gabinecie szkolnym.

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

data, podpis i pieczętka pielęgniarki szkolne