

DANE DO KARTY ZDROWIA UCZNIĄ

Klasa.....

1.	IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO UCZNIĄ		
2.	Data urodzenia		
3.	Adres miejsca zamieszkania ucznia		
4.	numer PESEL, jeżeli został nadany, (w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)		
5.	Imię i nazwisko rodziców (przedstawiciela ustawowego)	OJCIEC.....	
		MATKA	
6.	Adres miejsca zamieszkania rodziców (przedstawiciela ustawowego)		
7.	Telefony kontaktowe do rodziców (przedstawiciela ustawowego)	OJCIEC	
		MATKA	
8.	Przynależność do poradni POZ (adres i telefon do poradni) Imię i nazwisko lekarza prowadzącego rodzinnego	
9.	Wnoszę sprzeciw na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz. 1078) odnośnie sprawowania świadczeń opieki zdrowotnej w następującym zakresie*:		
	1) profilaktycznej opieki zdrowotnej udzielanej przez pielęgniarkę; (zakres świadczeń określonych w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej Dz.U. z 2019 r. poz. 736)	TAK	NIE
11.	Wyrażam zgodę na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz. 1078) na sprawowanie opieki nad uczniem z chorobami przewlekłymi lub niepełnosprawnością a) sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarskich oraz wyłącznie na	TAK	NIE

	<p><i>podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole;</i></p> <p>(jeśli tak , proszę o dostarczenie kopii dokumentacji – np. orzeczenie, zaświadczenie lekarskie -do gabinetu medycznego)</p>		
12.	Wyrażam zgodę na podstawie art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz. 1078) na wymianę informacji o stanie zdrowia ucznia w zakresie niezbędnym do realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej;	TAK	NIE
13.	Wywiad zdrowotny: (wady i choroby wrodzone, przebyte choroby, urazy, operacje, alergie)		
14.	W związku z przewlekłą chorobą /niepełnosprawnością (wskazać chorobę), wyrażam zgodę na podawanie leków zażywanych przez ucznia na zlecenie lekarza (wskazać nazwę leku oraz sposób dawkowania)	TAK	NIE
15.	Czy uczeń jest pod opieką poradni specjalistycznej, jeśli tak to jakiej?	TAK	NIE

Ożarów Mazowiecki,

Data

.....
Podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka

Zapoznałam/em się z zakresem świadczeń gwarantowanych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania.

Świadczenia będą udzielane w gabinecie profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w szkole podstawowej

.....
DATA

.....
PODPIS RODZICA