**Pieczątka Gabinetu**

**Obraz zawierający tekst, clipart

Opis wygenerowany automatycznie**

**WYWIAD O STANIE ZDROWIA UCZNIA**

**w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami**

Uprzejmie proszę o wypełnienie formularza dotyczącego danych osobowych i stanu zdrowia Ucznia. Zebrane informacje wykorzystane zostaną w celu sprawowania opieki w ramach medycyny szkolnej

**Imię i nazwisko ucznia** ……………………………………………………………………………………………………… **klasa**………

**Adres zamieszkania** ul. ……………………………………………………………. Kod. ……………….. Miej. ……………………..

**Data urodzenia** ………………………………………….. **PESEL** …………………………………………………………. **Płeć.** M / K

**W przypadku obcokrajowca nr Paszportu i Kraj pochodzenia** …………………………………………………………….

**Imiona i nazwisko rodziców/opiek. praw.** ………………………………………………………………………………………….

**Przebyte przez dziecko choroby, operacje oraz doznane urazy** …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy uczeń znajduje się pod opieką lekarza specjalisty? ……………………….……………………………………………….

Czy uczeń ma alergię? **NIE TAK** (na co): ………………………………………………………………………………………

Czy uczeń przyjmuje leki? **NIE TAK** ( jakie?) ………………………………………………………………………………………

Czy wyrażają Państwo zgodę na podanie uczniowi leków przez pielęgniarkę w szkole w przypadku konieczności udzielenia doraźnej pomocy medycznej? **( dotyczy leków z zestawu pierwszej pomocy oraz przeciwbólowych): TAK NIE**

Proszę o dostarczenie dokumentacji ucznia niezbędnej do sprawowania opieki pielęgniarskiej w szkole oraz Karty Zdrowia dziecka z poprzedniej szkoły.

Aktualne numery telefonów:

**Matka**: ……………………………………………………………… **Ojciec** ………………………………………………………………..

**DOM/PRACA** ……………………………………………………. **Opiekun** ……………………………………………………………..

**Oświadczenia:**

**1.Wyrażam zgodę (nie sprzeciwiam się) / Nie wyrażam zgody (sprzeciwiam się)** na sprawowanie opieki medycznej przez pielęgniarkę szkolną (pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania/higienistkę szkolną) w tym: przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w **XLVIII Liceum Ogólnokształcącym im. Edwarda Dembowskiego ul. Barska 32 02-315 Warszawa**, którego dotyczy niniejszy wywiad, zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 roku o opiece zdrowotnej nad uczniami.

**2. Wyrażam zgodę (nie sprzeciwiam się) / Nie wyrażam zgody (sprzeciwiam się)** na wymianę informacji o stanie zdrowia ucznia, którego dotyczy wywiad w zakresie niezbędnych do realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej przez pielęgniarkę szkolną (pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania / higienistkę szkolną) z zespołem podstawowej opieki zdrowotnej, a w przypadku gdy nie został utworzony zespół podstawowej opieki zdrowotnej - z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 roku o opiece zdrowotnej nad uczniami.

**3. Wyrażam zgodę (nie sprzeciwiam się) / Nie wyrażam zgody (sprzeciwiam się)** na sprawowanie opieki przez pielęgniarkę szkolną (pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania/higienistkę szkolną) nad uczniem z przewlekłą chorobę / niepełnosprawnością ucznia, którego dotyczy niniejszy wywiad, zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 roku o opiece zdrowotnej nad uczniami.

**4. Wyrażam zgodę (nie sprzeciwiam się) / Nie wyrażam zgody (sprzeciwiam się)** na sprawowanie opieki stomatologicznej na terenie **XLVIII Liceum Ogólnokształcącym im. Edwarda Dembowskiego ul. Barska 32 02-315 Warszawa** w tym: profilaktykę (przegląd oraz zabezpieczenie zębów fluorem) i leczenie, zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 roku o opiece zdrowotnej nad uczniami.

…………………………………………….. …………………………………………………………………….

Data Czytelny podpis rodzica (opiekuna prawnego)

\*Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz.922) informujemy, iż: **Administratorem danych osobowych jest**: **Warszawskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.**  **02-018 Warszawa, ul. Nowogrodzka 76.** Dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielania **świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniem.** Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie Danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji w/w celu, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. D. Uz. Z 2017 r., poz. 1318, z póżn. zm.) oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz 160).