VITA-MED s.c.
MEDYCYNA SZKOLNA
Sopockie Szkoły Autonomiczne
81-838 Sopot, Al. Niepodległości 739a
Oznaczenie świadczeniodawcy

KARTA WYWIADU ZDROWOTNEGO UCZNIA

Dane osobowe dziecka

Imię i nazwisko ucznia: ..... data urodzenia: .....

Obywatelstwo: .....

PESEL: ..... Adres zamieszkania: .....

Adres zameldowania: .....

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?

☐ jakie: ..... leki .....

dawkowanie: .....

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:

.....

10. Czy wyrażają Państwo zgodę na ewentualne podanie leków w przypadku dolegliwości bólowych, przeciwgorączkowych u dziecka ? ....., jakie ? .....

11. Czy wyrażają Państwo zgodę na uczestnictwo dziecka w nadzorowanym szczotkowaniu zębów: KLASY 1-6

☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody

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

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: .....

Data i czytelny podpis rodziców / opiekunów prawnych dziecka: .....

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 poprzesiewowym oraz sprawowanie opieki czynnej nad uczniami z problemem zdrowotnym;
2) opiekę nad uczniami przewlekle chorymi i z niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarskich 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 RODO[2] w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń zdrowotnych.

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.**

Data, podpis i pieczątka pielęgniarki / higienistki szkolnej: .....

---

[1] Część I załącznika nr 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24września 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – (Dz.U. z 2019r., poz. 736, z późn. zm.)

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