NZOZ „Twój Lekarz” sp. z o.o.
Ul. Witosa 5,
55-040 Kobierzyce

KARTA WYWIADU ZDROWOTNEGO UCZNIA

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. Szczegółowe zasady ich przetwarzania dostępne są na stronie internetowej NZOZ „Twój Lekarz” : **www.twojlekarz.net/rodo.**

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.**

Dane osobowe dziecka

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

PESEL: ..... adres zamieszkania: .....

.....

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? Jeśli tak, to proszę o zaznaczenie odpowiednich pozycji z listy i podanie nazwy leków jakie dziecko przyjmuje oraz sposobu ich dawkowania:

☐ padaczka; leki ..... dawkowanie: .....

☐ cukrzyca; leki ..... dawkowanie: .....

☐ choroby serca; leki ..... dawkowanie: .....

---

[1] część I załącznika nr 4 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, z późn. zm.)

2 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

☐ alergia, na co: ..... leki .....
dawkowanie: .....
☐ inne, 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: .....

.....

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

Wyrażam zgodę na wymianę informacji przez pielęgniarkę/higienistkę 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):

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: .....
- Imię i nazwisko: ..... telefon: .....

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

W przypadku uczniów przewlekle chorych lub niepełnosprawnych proszę o zapoznanie się i podpisanie formularza zgody na realizację opieki w szkole przez pielęgniarkę/ higienistkę szkolną