Oznaczenie świadczeniodawcy

FORMULARZ ZGODY NA REALIZACJĘ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD UCZNIEM PRZEWLEKLE CHORYM LUB NIEPEŁNOSPRAWNYM

Zgodnie z art. 7 ust. 5, art. 20 i 21 ust. 1-3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019 r., poz. 1078) sprawowanie opieki zdrowotnej nad **uczniem przewlekle chorym** lub **niepełnosprawnym**, wymaga pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych ucznia albo zgody ucznia pełnoletniego
W celu zapewnienia właściwej opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi w szkole pielęgniarka albo higienistka szkolna współpracuje z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, rodzicami, pełnoletnimi uczniami oraz dyrektorem i pracownikami szkoły. Współpraca ta obejmuje wspólne określenie sposobu opieki nad uczniem dostosowanego do stanu zdrowia ucznia w sytuacji konieczności podawania leków oraz wykonywania innych czynności podczas pobytu ucznia w szkole.

Wyrażona przez Państwo zgoda będzie obowiązywała przez cały okres, w jakim dziecko/uczeń pełnoletni będzie znajdował się na liście pielęgniarki szkolnej:

……..
imię i nazwisko pielęgniarki szkolnej)

Rodzic/opiekun prawny dziecka lub uczeń pełnoletni ma prawo do cofnięcia zgody na realizację określonych świadczeń lub całości opieki zdrowotnej pielęgniarki szkolnej w każdym momencie jej obowiązywania. Cofniecie zgody wymaga formy pisemnej.

<u>Dotyczy ucznia niepełnoletniego</u>

Czy wyraża Pan(i) zgodę na objęcie opieką zdrowotną przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną* dziecka

……..,
(Imię i nazwisko ucznia)

PESEL:…….. ☐ Tak ☐ Nie

……
(data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka)

<u>Dotyczy ucznia pełnoletniego</u>

Imię i nazwisko: ……..,
PESEL: ……
Czy wyraża Pan(i) zgodę na objęcie opieką zdrowotną przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną? * ☐ Tak ☐ Nie

……..
(data i czytelny podpis)

*Właściwe zaznaczyć