**KARTA WYWIADU ZDROWOTNEGO UCZNIA**

**Dane osobowe dziecka**

Imię i nazwisko ucznia: …………………………………………………………………………………………

 data urodzenia: ………………………………… PESEL: ……………………………………

adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa i adres placówki zdrowotnej, do której zadeklarowany jest uczeń: …………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa i adres szkoły, do której dziecko wcześniej uczęszczało………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dane dotyczące stanu zdrowia dziecka**

* Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe?

 NIE TAK, jakie? …………………………………………………………………………………………………..

* Czy dziecko przyjmuje przewlekle jakieś leki?

 NIE TAK, jakie?.............................................................................................................

* Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej? ………………………………………………………………………………………

 NIE TAK, jakiej? ……………………………………………………………………………

 z jakiego powodu: ………………………………………………………

* Czy dziecko jest na coś uczulone?

 NIE TAK .....................................................................................................

* Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności?

 NIE TAK

 jeśli TAK proszę o dostarczenie kopii

# 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: ……………………………………

**WYRAŻAM ZGODĘ NA**:

* badania przesiewowe TAK NIE
* fluorkowanie zębów TAK NIE

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

**W celu zapewnienia właściwej opieki nad dzieckiem podczas pobytu w szkole, proszę o bieżące informowanie pielęgniarki szkolnej o wszelkich zmianach w stanie zdrowia dziecka.**

**Dokument obowiązuje do momentu ukończenia nauki w Szkole Podstawowej w Kiełczowie.**

# 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]](#footnote-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 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]](#footnote-2) w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń zdrowotnych.

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.) [↑](#footnote-ref-1)
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 [↑](#footnote-ref-2)