

OŚWIADCZENIE DLA POTRZEB MEDYCZYNY SZKOLNEJ

(Informacje tylko do użytku służby zdrowia, objęte tajemnicą i ustawą o ochronie danych osobowych)

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA

DATA URODZENIA

NR PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* w przypadku braku nr Pesel przez obcokrajowców proszę o dostarczenie kopii deklaracji ZUS ZCNA (od pracodawcy)

ADRES ZAMIESZKANIA

PRZEBYTE CHOROBY, URAZY I OPERACJE

NAZWA I ADRES PRZYCHODNI LEKARZA RODZINNEGO

CZY DZIECKO MA ALERGIĘ, UCZULENIE I NA CO?

CZY DZIECKO PRZYJMUJE LEKI? JAKIE?

CZY UŻYWA: OKULARY, APARAT SŁUCHOWY?

CZY DZIECKO LECZY SIĘ W PORADNI SPECJALISTYCZNEJ/JAKIEJ?

CZY DZIECKO POSIADA ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI? TAK NIE

*jeśli tak proszę o dostarczenie kopii do pielęgniarki szkolnej

Telefony kontaktowe do rodziców, opiekunów

1. Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r., przyjmując do wiadomości, że dane będą przetwarzane wyłącznie w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz dzieci i młodzieży.

2. Administratorem danych jest Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Szkolnej.

3. Dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa.

4. Dane podaje dobrowolnie, wyrażając zgodę na ich przetwarzanie zgodnie z celem podanym wyżej.

5. Świadczenie pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania wykonywane będą zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

6. Oświadczam, że wszelkie dane są zgodne ze stanem faktycznym i jednocześnie zobowiązuję się do ich aktualizacji w razie potrzeby.

data..... Czytelny podpis rodzica / opiekuna

* niepotrzebne skreślić

Szanowni Państwo

W trosce o zdrowie jamy ustnej dzieci, w szkole prowadzony będzie program zapobiegający próchnicy zębów. Państwa dziecko w ramach profilaktyki będzie objęte 6 - krotnie w ciągu roku nadzorowanym szczotkowaniem uzębienia środkami fluorokowymi.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo dziecka w klasach od I - VI w nadzorowanym szczotkowaniu zębów preparatem fluorokowym.

podpis

data