

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 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 SPECJALISTYCZNEJAKIEJ?

CZY DZIECKO POSIADA ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI? TAK NIE

*jeśli tak proszę o dostarczenie kopii do pielęgniarki szkolnej

Telefony kontaktowe do rodziców, opiekunów

Dane osobowe ucznia przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1133).

Odbiorcami danych osobowych ucznia będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa (NFZ), placówki medyczne.

W przypadku zmiany szkoły przez ucznia, dokumentację medyczną ucznia odbierają opiekunowie prawni lub faktyczni ucznia i przekazują szkole przyjmującej ucznia.

Dane podaję dobrowolnie, wyrażając zgodę na ich przetwarzanie zgodne z celem podanym powyżej.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę zgodnie z Rozporządzeniem MZ w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Oświadczam , że wyrażam /nie wyrażam * zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w nadzorowanym szczoteczkowaniu zębów preparatem fluorowym w trakcie trwania nauki w szkole.

Oświadczam, że wszystkie dane są zgodne ze stanem faktycznym i jednocześnie zobowiązuję się do ich aktualizacji w razie takiej potrzeby

Oświadczam , że wyrażam /nie wyrażam *zgodę na przekazywanie istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia dziecka nauczycielowi z zachowaniem jego prawa do tajemnicy informacji do czasu ukończenia nauki w szkole.

.....
Data

.....
Podpis Matki /Opiekuna prawnego/

i/lub

.....
Podpis Ojca /Opiekuna prawnego/