

## DANE UCZNIA DLA POTRZEB MEDYCZYNY SZKOLNEJ

Informacje do użytku służby zdrowia, objęte tajemnicą medyczną i ustawą o ochronie danych osobowych -RODO

OŚWIADCZAM, IŻ DZIECKO:

1. Imię nazwisko ..... klasa .....
2. Zdeklarowane jest do lekarza POZ (*imię i nazwisko, nr tel. przychodni*) .....
3. Korzysta/ nie korzystało z usług lekarza stomatologa (*imię i nazwisko, nr tel. przychodni*) .....
4. Należy do oddziału NFZ (*podać numer lub nazwę*) .....
5. Kontakt telefoniczny rodzic ..... rodzic/opiekun .....
6. Używa/nie używa okulary ..... aparat słuchowy ..... inne .....
7. Jest/nie jest uczulone na .....
8. Posiada/ nie posiada orzeczenie o niepełnosprawności .....
9. Jest/nie jest pod kontrolą specjalisty .....
10. Zażywa/nie zażywa leki (*jakie?*) .....
11. Wyrażam/nie wyrażam zgodę na podanie leku p/bólowego (*Paracetamol*) i rozkurczowego (*No-Spę*) w razie potrzeby (*podpis rodzica*) .....
12. Wyrażam zgodę na przegląd czystości .....
13. Wyrażam/nie wyrażam zgodę na przeprowadzenie fluoryzacji zębów w klasach I-VI (6 x co 2 tyg.)  
Należy kupić dziecku nową szczoteczkę (*podpis rodzica*) .....
14. Wyrażam/nie wyrażam zgody na poinformowanie wychowawcy, pedagoga szkolnego, nauczyciela w-f o problemie zdrowotnym mojego dziecka (*podpis rodzica*) .....

**Wymienione czynności obowiązują w czasie całego okresu nauki w szkole.**

.....  
Podpis rodzic/opiekun