

INDYWIDUALNA KARTA STANU ZDROWIA UCZNIĄ

Zwracam się z prośbą o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Informacje te są niezbędne do zgłoszenia ucznia/uczennicy w Narodowym Funduszu Zdrowia, jako osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym. Z tego tytułu Państwa dziecko zostanie objęte opieką pielęgniarską i będzie korzystać z opieki zdrowotnej na czas pobytu w szkole zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych (Dz.U.Nr139,poz.1139) Zał.4. Wszystkie dane będą wykorzystane do uzupełnienia/aktualizacji Karty Zdrowia Ucznia. Dane osobowe podlegają ochronie zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 (Dz.U.z2002r. Nr101, poz.926 ze zm.), a także podlegają szczególnej ochronie i przetwarzaniu jako dane medyczne zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2006r. (Dz.U.z2006r. Nr247poz.1819 z późn.zm.)

Imię i nazwisko ucznia/uczennicy.....

Data urodzenia..... PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Nazwa i adres placówki POZ, której uczeń podlega.....

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEPROWADZANIE PRZEZ PIELĘGNIARKĘ SZKOLNĄ BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH, ZDROWOTNYCH I HIGIENICZNYCH W TYM BADAŃ BILANSOWE, PRZESIEWOWE I PROFILAKTYCZNE KONTROLE WŁOSÓW I SKÓRY.

TAK

NIE

Przebyte choroby: wybrać TAK/ NIE oraz wpisać rok zachorowania

Ospa TAK / NIE **Różyczka** TAK / NIE..... **Płonica** TAK / NIE

Odra TAK / NIE **Świnka** TAK / NIE

Przebyte urazy: wpisać rodzaj i rok zdarzenia

Przebyte operacje: podać rodzaj i rok.....

Choroby przewlekłe: **Astma** TAK / NIE **Cukrzyca** TAK / NIE **Padaczka** TAK / NIE **Choroby serca** TAK / NIE **Inne**.....

ALERGIE: wpisać rodzaj alergii oraz substancję uczulającą (alergen).....

Zażywane leki: wpisać nazwę leku i powód zażywania.....

Czy uczeń jest pod opieką poradni specjalistycznej?: podać jakiej i z jakiego powodu.....

Czy uczeń/ uczennica posiada opinię o stopniu niepełnosprawności, jeżeli tak, to z jakiego powodu?.....

Osoba do kontaktu w przypadku zdarzeń nagłych (np. zachorowanie uniemożliwiające uczestniczenie w lekcjach, interwencja pogotowia ratunkowego):

St. pokrewieństwa..... Nr telefonu.....

St. pokrewieństwa..... Nr telefonu.....

1.Oświadczam, że wszystkie dane są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.

2.Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowany o tym, że dane osobowe zbierane przez Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ w celach wynikających z art. 188 ustawy o oświadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z dnia 27.08.2004r. (Dz.U.Nr210 poz.2135 z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawnych.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis rodziców/ opiekunów prawnych

