|  |  |
| --- | --- |
| ……………………… Pieczątka gabinetu  | **OŚWIADCZENIE RODZICA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** |

Wyrażam zgodęna objęcie mojego dziecka świadczeniami gwarantowanymi (wymienionymi poniżej)

w środowisku nauczania i wychowania przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną.

**Nazwisko i imiona dziecka**……………..……………………….……………………………………………………………………………...…………

**Nr PESEL** **dziecka**.…………………………………………………………………………...….…Data urodzenia………………………………….….

*Adres zamieszkania:*……………..……………..……………………...…...…………………..….Kod pocztowy………..………………………....…..

Nazwa i adres przychodni lekarza POZ, do której zadeklarowany jest uczeń………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………...

**Dane kontaktowe do rodziców lub opiekunów prawnych**

1. Nazwisko i imię………………………………………….…………..………………………….……….Telefon…………….………….…
2. Nazwisko i imię…………………………………………..………………………………..…………….Telefon…………….………….…

Proszę podać, czy dziecko:

* jest uczulone lub ma alergię, na co?..............................................................................................................................................
* przyjmuje na stałe leki, jakie?........................................................................................................................................................
* choruje na choroby przewlekłe (cukrzyca, padaczka, inne), jakie?................................................................................................
* jest pod opieką poradni specjalistycznej, jakiej ?...........................................................................................................................
* posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z jakiego powodu?………………………………………...…………….…………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………...……….

Wyrażam zgodę na wymianę informacji przez pielęgniarkę szkolną o stanie zdrowia ucznia w zakresie niezbędnym do realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej/opieki stomatologicznej z:

1. lekarzem POZ tak/nie
2. lekarzem stomatologiem tak/nie

Pozyskane dane dotyczące stanu zdrowia ucznia przetwarzane są w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń gwarantowanych w środowisku nauczania i wychowania zgodnie z RODO. Klauzula informacyjna znajduje się w gabinecie profilaktyki zdrowia i pomocy przedlekarskiej w szkole.

 ……………………………………..…………………...

 Data i podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego

**Zakres świadczeń gwarantowanych w środowisku nauczania i wychowania** według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 24 września 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z późń. zm. (Dz. U. 2021, poz. 540):

1. wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych,
2. kierowanie postępowaniem poprzesiewowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów,
3. czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi,
4. sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pie­lęgniarskich oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole,
5. udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruć,
6. doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sa­nitarnych w szkole,
7. edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej,
8. prowadzenie u uczniów szkół podstawowych (klasy I–VI) znajdujących się na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l, grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotko­wania zębów preparatami fluorkowymi 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni;
9. udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej.

Szanowni Państwo,

W trosce o zdrowie Państwa dziecka/podopiecznego zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na uczestnictwo dziecka w programie grupowej profilaktyki fluorkowej. Próchnica zębów jest najczęściej występującym problemem zdrowotnym u dzieci i młodzieży szkolnej. Na podstawie wieloletnich badań wykazano, że regularnie nadzorowane szczotkowanie zębów przez kilka lat zmniejsza częstość występowania próchnicy zębów o 30%. Zabiegi te są również ważnym elementem edukacji zdrowotnej, gdyż umożliwiają uczniom nabycie umiejętności prawidłowego czyszczenia zębów. Grupowa profilaktyka fluorkowa należy do zadań pielęgniarki szkolnej, która wykonuje ją w klasach I-VI, 6 razy w roku, w odstępach, co ok. 6 tygodni. Świadczenie realizowane jest w szkole znajdującej się na obszarze, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l. Stan faktyczny zawartości fluorków w wodzie pitnej uprzednio potwierdza PSSE w Gdańsku (przed rozpoczęciem każdego roku szkolnego). Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** (niepotrzebne skreślić) na uczestnictwo mojego dziecka/podopiecznego w programie grupowej profilaktyki fluorkowej w czasie nauki w szkole.

 ……………………………………..…………………...

Data i podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** (niepotrzebne skreślić) na indywidulany przegląd czystości skóry głowy i ciała mojego dziecka/podopiecznego w przypadku zagrożenia zainfekowania wszawicą lub chorobami zakaźnymi skóry np. świerzbem. Oświadczenie dotyczy całego okresu pobytu ucznia w szkole.

 ……………………………………..…………………...

 Data i podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………… Pieczątka gabinetu  | **OŚWIADCZENIE RODZICA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** |

Wyrażam zgodęna objęcie mojego dziecka świadczeniami gwarantowanymi (wymienionymi poniżej)

w środowisku nauczania i wychowania przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną.

**Nazwisko i imiona dziecka**……………..……………………….……………………………………………………………………………...…………

**Nr PESEL** **dziecka**.…………………………………………………………………………...….…Data urodzenia………………………………….….

*Adres zamieszkania:*……………..……………..……………………...…...…………………..….Kod pocztowy………..………………………....…..

Nazwa i adres przychodni lekarza POZ, do której zadeklarowany jest uczeń………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………...

**Dane kontaktowe do rodziców lub opiekunów prawnych**

1. Nazwisko i imię………………………………………….…………..………………………….……….Telefon…………….………….…
2. Nazwisko i imię…………………………………………..………………………………..…………….Telefon…………….………….…

Proszę podać, czy dziecko:

* jest uczulone lub ma alergię, na co?..............................................................................................................................................
* przyjmuje na stałe leki, jakie?........................................................................................................................................................
* choruje na choroby przewlekłe (cukrzyca, padaczka, inne), jakie?................................................................................................
* jest pod opieką poradni specjalistycznej, jakiej ?...........................................................................................................................
* posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z jakiego powodu?………………………………………...…………….…………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………...……….

Wyrażam zgodę na wymianę informacji przez pielęgniarkę szkolną o stanie zdrowia ucznia w zakresie niezbędnym do realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej/opieki stomatologicznej z:

1. lekarzem POZ tak/nie
2. lekarzem stomatologiem tak/nie

Pozyskane dane dotyczące stanu zdrowia ucznia przetwarzane są w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń gwarantowanych w środowisku nauczania i wychowania zgodnie z RODO. Klauzula informacyjna znajduje się w gabinecie profilaktyki zdrowia i pomocy przedlekarskiej w szkole.

 ……………………………………..…………………...

 Data i podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego

**Zakres świadczeń gwarantowanych w środowisku nauczania i wychowania** według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 24 września 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z późń. zm. (Dz. U. 2021, poz. 540):

1. wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych,
2. kierowanie postępowaniem poprzesiewowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów,
3. czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi,
4. sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pie­lęgniarskich oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole,
5. udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruć,
6. doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sa­nitarnych w szkole,
7. edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej,
8. prowadzenie u uczniów szkół podstawowych (klasy I–VI) znajdujących się na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l, grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotko­wania zębów preparatami fluorkowymi 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni;
9. udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej.

Szanowni Państwo,

W trosce o zdrowie Państwa dziecka/podopiecznego zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na uczestnictwo dziecka w programie grupowej profilaktyki fluorkowej. Próchnica zębów jest najczęściej występującym problemem zdrowotnym u dzieci i młodzieży szkolnej. Na podstawie wieloletnich badań wykazano, że regularnie nadzorowane szczotkowanie zębów przez kilka lat zmniejsza częstość występowania próchnicy zębów o 30%. Zabiegi te są również ważnym elementem edukacji zdrowotnej, gdyż umożliwiają uczniom nabycie umiejętności prawidłowego czyszczenia zębów. Grupowa profilaktyka fluorkowa należy do zadań pielęgniarki szkolnej, która wykonuje ją w klasach I-VI, 6 razy w roku, w odstępach, co ok. 6 tygodni. Świadczenie realizowane jest w szkole znajdującej się na obszarze, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l. Stan faktyczny zawartości fluorków w wodzie pitnej uprzednio potwierdza PSSE w Gdańsku (przed rozpoczęciem każdego roku szkolnego). Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** (niepotrzebne skreślić) na uczestnictwo mojego dziecka/podopiecznego w programie grupowej profilaktyki fluorkowej w czasie nauki w szkole.

 ……………………………………..…………………...

Data i podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** (niepotrzebne skreślić) na indywidulany przegląd czystości skóry głowy i ciała mojego dziecka/podopiecznego w przypadku zagrożenia zainfekowania wszawicą lub chorobami zakaźnymi skóry np. świerzbem. Oświadczenie dotyczy całego okresu pobytu ucznia w szkole.

 ……………………………………..…………………...

 Data i podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego