

OŚWIADCZENIE DLA POTRZEB MEDYCZYNY SZKOLNEJ

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

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA.....

DATA URODZENIAPESEL

* 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, to proszę o dostarczenie kopii do pielęgniarki szkolnej

Telefony kontaktowe do rodziców, opiekunów.....

Na podstawie art. 24 ust 1. oraz art. 27 ust 2 pkt 1 Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (DZ. U. z 2014 poz. 1182 z późniejszymi zmianami) przyjmuję do wiadomości, że dane będą przetwarzane wyłącznie w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz dzieci.

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

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 zobowiązuje 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.

data czytelny podpis rodzica/opiekuna

* niepotrzebne skreślić