

Informacja o dziecku

(informacje objęte tajemnicą medyczną ,oraz tajemnicą zgodnie z obowiązującym RODO)

IMIĘ I NAZWISKO.....

KL.....

PESEL.....

TEL KONTAKTOWY.....

ADRES UCZNIĄ

ADRES PRZYCHODNI I NAZWISKO LEKARZA ,KTÓRY OPIEKUJE SIĘ
DZIECKIEM W RAMACH OPIEKI PODSTAWOWEJ

1.Czy dziecko jest leczone w poradni specjalistycznej? **tak/nie**

Jakie schorzenia.....
.....
.....

2.czy dziecko jest uczulone na leki? **tak/nie**

jakie?.....

3.Czy dziecko przyjmuje na stałe leki? **tak/nie**

jakie?.....
.....

4.Czy dziecko uczęszcza na gimnastykę korekcyjną ? **tak/nie**

5.Czy dziecko jest objęte opieką Poradni Rehabilitacyjnej ? **tak/nie**

6.Dodatkowe informacje o dziecku.....

.....
.....

7.WYRAŻAM ZGODĘ NA:

A)wykonywanie testów przesiewowych i po przesiewowych obowiązujących zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia **tak/nie**

B)udzielanie I pomocy i podawanie leków w razie potrzeby **tak/nie**

C) na przeglądy higieniczne w ramach profilaktyki wszawicy(tylko na wypadek zagrożenia)
tak/nie

D) fluoryzację zębów w kl. I-VI **tak/nie**

E)prowadzenie edukacji zdrowotnej **tak/nie**

ZGODNIE Z USTAWĄ Z DN. 12 KWIETNIA 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami informujemy o prawie do wyrażania sprzeciwu do wykonywania świadczeń medycznych u dziecka.

Data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego dziecka