

## 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 ZGODE NA:**

A)wykonywanie testów przesiewowych i poprziesiewowych 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 opiekun prawnego dziecka