

Opieka zdrowotna i stomatologiczna – obowiązkowe informacje dla uczniów i rodziców.

Ustawa
z dnia 12 kwietnia 2019 roku
w sprawie opieki zdrowotnej nad uczniami

Dz.U. z 2019 r. poz. 1078

ZESTAWIENIE INFORMACJI

1. Profilaktyczna opieka zdrowotna obejmuje uczniów do ukończenia 19. roku życia, a w przypadku uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego – do ukończenia szkoły ponadpodstawowej.
2. Opieka stomatologiczna obejmuje uczniów do ukończenia 19. roku życia.
3. Opieką zdrowotną **nie zostali objęci** słuchacze szkół dla dorosłych, branżowych szkół II stopnia i szkół policealnych oraz uczniowie szkół artystycznych realizujących wyłącznie kształcenie artystyczne.
4. Wykonanie świadczeń ogólnostomatologicznych (art. 9 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1) przez lekarza dentystę zawsze wymaga zgody rodziców lub pełnoletnich uczniów, wyrażonej na piśmie przed udzieleniem świadczenia.
5. Rodzice mają prawo wyboru innego miejsca udzielania świadczeń stomatologicznych.
6. Opieka zdrowotna nie będzie udzielana, jeżeli rodzice lub pełnoletni uczeń zgłosi na piśmie sprzeciw. W przypadku braku sprzeciwu nie trzeba pytać o zgodę!
7. Dopuszcza się możliwość podawania leków i wykonywanie innych czynności podczas pobytu ucznia w szkole przez pracowników szkoły wyłącznie za **ich pisemną zgodą.**

INFORMACJA dla RODZICÓW

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 11 z Oddziałami Mistrzostwa Sportowego im. Noblistów Polskich w Stargardzie informuje, że szkoła zapewnia profilaktyczną opiekę zdrowotną i stomatologiczną uczniom do 19. roku życia na poniższych zasadach:

1. Profilaktyczną opiekę zdrowotną sprawuje pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania p. Marzanna Szczuka
2. Gabinet pielęgniarki mieści się w budynku szkolnym na parterze, pokój nr 4.
3. Pielęgniarka pracuje w poniedziałek, wtorek i środę (II, III, IV miesiąca) od 8 do 15.
4. Świadczenia ogólnostomatologiczne realizuje dr Aleksandra Rodzik w Poradni Stomatologicznej dla Dzieci i Młodzieży NZOZ „AREA VITAE” przy ul. Podmiejskiej 15 w Stargardzie. Dni i godziny przyjęć oraz rejestracji dostępne są w sekretariacie szkoły i na tablicy informacyjnej w holu szkoły.
5. W przypadku, gdybyście Państwo nie życzyli sobie objęcia dziecka opieką zdrowotną i stomatologiczną, proszę o złożenie „sprzeciwu” od świadczenia usług medycznych, odpowiednio do świadczeniobiorców realizujących opiekę.
6. Na każde wykonywane świadczenie ogólnostomatologiczne dziecko zgłasza się z pisemnym wyrażeniem zgody przez rodziców.
7. Wzory „sprzeciwu” i zgody na świadczenie stomatologiczne można pobrać ze strony <http://sp11stargard.pl/>

DYREKTOR SZKOŁY

mgr Jolanta Faryńska

(podpis dyrektora)

.....
imię i nazwisko matki/ojca/prawnego opiekuna dziecka

.....
Miejscowość, data

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania

Samodzielny Publiczny

Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie,

ul. Wieniawskiego

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja, niżej podpisany

.....
(imię, nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 3 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 roku
w sprawie opieki zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078)

wyrażam sprzeciw wobec objęcia mojego dziecka:

.....
(imię, nazwisko dziecka)

ucznia kl.

Szkoły Podstawowej nr 11 w Stargardzie

profilaktyczną opieką zdrowotną, sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska i nauczania
i wychowania w Szkole Podstawowej nr 11 w Stargardzie.

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka Pielęgniarce środowiska nauczania
i wychowania w Szkole Podstawowej nr 11 w Stargardzie z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w
związku z brakiem zgody na przeprowadzenie profilaktyki stomatologicznej we wspomnianym gabinecie (art. 9 ust. 2 lit/ h
ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych PE i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz zgodnie z ustawą o
Prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.)

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka

.....
imię i nazwisko matki/ojca/prawnego opiekuna dziecka

.....
Miejscowość, data

NZOZ „AREA VITAE” ALEKSANDRA RODZIK
Poradnia Stomatologiczna dla Dzieci i Młodzieży w Stargardzie,
ul. Podmiejska 15

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja, niżej podpisany

.....
(imię, nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 1 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 roku
w sprawie opieki zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078)

wyrażam sprzeciw wobec objęcia mojego dziecka:

.....
(imię, nazwisko dziecka)

ucznia kl.

Szkoły Podstawowej nr 11 Stargardzie

profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi.

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka poprzez Azkołę Podstawową nr 11 w Stargardzie NZOZ „AREA VITAE” ALEKSANDRA RODZIK Poradni Stomatologicznej dla Dzieci i Młodzieży w Stargardzie, ul. Podmiejska 15, z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z brakiem zgody na przeprowadzenie profilaktyki stomatologicznej we wspomnianym gabinecie (art. 9 ust. 2 lit/ h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych PE i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz zgodnie z ustawą o Prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.)

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka

.....
imię i nazwisko matki/ojca/prawnego opiekuna dziecka

.....
Miejscowość, data

NZOZ „AREA VITAE” ALEKSANDRA RODZIK
Poradnia Stomatologiczna dla Dzieci i Młodzieży w Stargardzie,
ul. Podmiejska 15

Zgoda na objęcie ucznia świadczeniami ogólnostomatologicznymi

Ja, niżej podpisany

.....
(imię, nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

na podstawie art. 7 ust. 4 w związku z art. 9 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 roku
w sprawie opieki zdrowotnej nad uczniami w zakresie świadczenia ogólnostomatologicznego (Dz.U. z
2019 r. poz. 1078)

wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka:

.....
(imię, nazwisko dziecka)

ucznia kl.

Szkoły Podstawowej nr 11 Stargardzie

świadczeniami ogólnostomatologicznymi.

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka poprzez Szkołę Podstawowa nr 11 w Stargardzie NZOZ „AREA VITAE” ALEKSANDRA RODZIK Poradni Stomatologicznej dla Dzieci i Młodzieży w Stargardzie, ul. Podmiejska 15, z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z udzieleniem zgody na świadczenia ogólnostomatologiczne we wspomnianym gabinecie (art. 9 ust. 2 lit/ h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych PE i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz zgodnie z ustawą o Prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.)

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka