

1. 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. **Wychowawcy klas są zobowiązani poinformować na pierwszym zebraniu rodziców o zakresie opieki zdrowotnej oraz o prawie do wyrażenia sprzeciwu, złożonego w formie pisemnej do świadczeniodawcy realizującego opiekę.**
8. **Informację o zakresie opieki zdrowotnej i prawie do złożenia sprzeciwu umieszcza się w miejscu ogólnie dostępnym w szkole.**
9. **Zadaniem organu prowadzącego jest zapewnienie uczniom możliwości korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej w szkole i gabinetu dentystycznego. W przypadku braku gabinetu dentystycznego w szkole, organ prowadzący szkołę zawiera porozumienie z podmiotem prowadzącym działalność leczniczą z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, określając sposób organizacji udzielania tych świadczeń.**
10. **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 Zespołu Szkół 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. Elżbieta Moraś – pracownik Zakładu Medycyny Szkolnej w Stargardzie, ul. Wieniawskiego 32 U 10.
2. Gabinet pielęgniarki mieści się w budynku szkolnym na III piętrze, pokój 32.
3. Pielęgniarka pracuje w każdą środę oraz pierwszy i trzeci czwartek miesiąca w godzinach 7.30 – 15.00.
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 www.zsstargard.pl.

DYREKTOR
ZESPOŁU SZKÓŁ W STARGARDZIE

mgr Monika Kura

.....
(podpis dyrektora)

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

.....
Miejscowość, data

Zakład Medycyny Szkolnej w Stargardzie

ul. Wieniawskiego 32 U 10

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 9 Stargardzie/Ogólnokształcącej Szkoły Muzycznej I stopnia w Stargardzie*

profilaktyczną opieką zdrowotną, sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska i nauczania i wychowania w Zespole Szkół w Stargardzie.

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka Pielęgniarce środowiska nauczania i wychowania w Zespole Szkół 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

*niepotrzebne skreślić

.....
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 stomatologiczną 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 9 Stargardzie/Ogólnokształcącej Szkoły Muzycznej I stopnia w Stargardzie*

profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi.

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka poprzez Zespół Szkół 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

*niepotrzebne skreślić

.....
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 9 Stargardzie/Ogólnokształcącej Szkoły Muzycznej I stopnia w Stargardzie*

świadczeniami ogólnostomatologicznymi.

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka poprzez Zespół Szkół 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

*niepotrzebne skreślić

Procedura podawania leków uczniom przewlekle chorym

„Wypis” z ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 roku
w sprawie opieki zdrowotnej nad uczniami

Dz.U. z 2019 r. poz. 1078

Rozdział 4

Sprawowanie opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi w szkole

Art. 20. Opieka nad uczniem przewlekle chorym lub niepełnosprawnym w szkole **jest realizowana przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania** albo higienistkę szkolną.

Art. 21. 1. W celu zapewnienia właściwej opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi w szkole pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna współpracuje z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, rodzicami, pełnoletnimi uczniami oraz dyrektorem i pracownikami szkoły.

2. Współpraca, o której mowa w ust. 1, obejmuje wspólne określenie sposobu opieki nad uczniem dostosowanego do stanu zdrowia ucznia w sytuacji konieczności podawania leków oraz wykonywania innych czynności podczas pobytu ucznia w szkole.

3. Podawanie leków lub wykonywanie innych czynności podczas pobytu ucznia w szkole przez pracowników szkoły może odbywać się wyłącznie za ich pisemną zgodą.

Procedura podawania leków uczniom przewlekle chorym

1. Każdy pracownik szkoły obowiązany jest do udzielenia (w miarę możliwości) pierwszej pomocy uczniom w sytuacjach nagłych, gdy stan zdrowia ucznia wymaga nagłej interwencji oraz wezwania karetki pogotowia ratunkowego i powiadomienia rodziców/prawnych opiekunów uczniów.

2. W szkole uczniom przewlekle chorym nauczyciele/pracownicy szkoły mogą podawać leki za obopólną zgodą rodziców i nauczyciela wyrażoną na piśmie.

3. Nauczyciel/pracownik szkoły wyraża pisemną zgodę na podawanie leku dziecku zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej Procedury.

4. Podawanie leków dzieciom z chorobą przewlekłą, kiedy występuje konieczność stałego podawania mu leków w szkole musi być poprzedzone dostarczeniem przez rodziców /opiekunów prawnych do placówki informacji o tym:

- 1) na jaką chorobę dziecko choruje;
- 2) jakie leki zażywa, potwierdzonej zleceniem lekarskim.

5. Podanie każdego rodzaju leku w szczególnie uzasadnionych przypadkach odbywa się na pisemne upoważnienie rodziców, zgodnie z wzorem stanowiącym z załącznik nr 2 do Procedury.

6. Rodzice/opiekunowie prawni zobowiązani są do dostarczenia informacji od lekarza, która określa:

- 1) nazwę leku;
- 2) dawkę;
- 3) częstotliwość podawania;
- 4) okres leczenia;
- 5) zlecenia lekarskiego na podawanie leku,

oraz składają pisemne upoważnienie dla pielęgniarki/nauczyciela/ pracownika szkoły do podawania leku.

7. Rodzice dostarczają lek pielęgniarce/nauczycielowi/pracownikowi szkoły w oryginalnym opakowaniu.

8. W sytuacji, gdy stan zdrowia dziecka wymaga podania leku lub wykonania innych czynności np. kontroli poziomu cukru we krwi u dziecka chorego na cukrzycę, podania leku drogą wziewną dziecku choremu na astmę, czynności te mogą wykonywać również inne osoby w tym: samo dziecko, jeżeli zostało poinstruowane w tym zakresie.

9. Osoby przyjmujące zadanie muszą wyrazić na to zgodę - posiadanie wykształcenia medycznego nie jest wymogiem koniecznym. Delegowanie przez rodziców /opiekunów prawnych uprawnień do wykonywania czynności związanych z opieką nad dzieckiem oraz zgoda pracownika szkoły i zobowiązanie do sprawowania opieki muszą mieć formę umowy pisemnej pomiędzy rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka przewlekle chorego a pracownikiem szkoły.

10. Poza przypadkiem podawania leków dzieciom przewlekle chorym, nauczyciele nie podają leków w innych sytuacjach, np. leków przeciwbólowych, syropów, witamin, antybiotyków.


11. Dziecko, do czasu przybycia pogotowia ratunkowego, pozostaje pod opieką pielęgniarki, nauczyciela lub innego wyznaczonego pracownika.

ZESPÓŁ SZKOŁ W STARGARDZIU
73-110 Stargard, ul. Popiela 2
tel/fax 91 577 67 65
NIP 8542429040 REGON 384026826

DYREKTOR
ZESPOŁU SZKOŁ W STARGARDZIE

mgr Monika Kuña

(podpis dyrektora)



(imię, nazwisko oraz podpis higienistki szkolnej)

Zgoda nauczyciela/ pracownika szkoły na podanie leków dziecku z chorobą

Ja, niżej podpisany

.....
(imię, nazwisko nauczyciela/pracownika)

wyrażam zgodę na podawanie dziecku:
(imię, nazwisko dziecka)

leku/ leków:

- 1)
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)
- 2)
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)
- 3)
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

Oświadczam, że zostałam/łem poinstruowana/y o sposobie podania leku.

.....
(data)

.....
(imię, nazwisko nauczyciela/pracownika placówki)

Upoważnienie rodziców do podania leków dziecku z chorobą przewlekłą

Ja, niżej podpisany:

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

upoważniam Panią/Pana

.....
(imię, nazwisko nauczyciela/pracownika)

do podawania mojemu dziecku:
(imię, nazwisko dziecka)

leku/ leków:

1)
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

2)
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

3)
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

Do upoważnienia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leku.

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

