

CENTRUM DIAGNOSTYCZNO - TERAPEUTYCZNE
"MEDICUS" - PRZYCHODNIA Sp. z o.o.
(04), 59-300 LUBIN, ul. INDEPRZY
tel. 76 74 68 330, NIP 692-000-16-91
GABINE PRACOWNIOPRAWNEJ
POMOCY PRZEDLEKARSKIEJ W SP. z o.o.
ul. Główna 39023421161, 51-111, 0040
Nr ks. rej. 00000001231

INDYWIDUALNA KARTA WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO

została wypełniona w oparciu o zamieszczoną ankietę. Informacje w niej zawarte są niezbędne do złożenia karty oraz do zgłoszenia państwa dziecka w NFZ, jako osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym. Z tego tytułu uczeń/uczennica będzie mogła korzystać z opieki pielęgniarskiej na terenie szkoły.

Imię i nazwisko ucznia/uczennicy

Data i miejsce urodzenia Nr PESEL

Adres zameldowania dziecka:

Kod pocztowy Miasto Ulica Nr.....

Adres zamieszkania dziecka:

Kod pocztowy Miasto Ulica Nr.....

Nazwa i adres placówki zdrowotnej, której uczeń/uczennica podlega;

Przebyte choroby

Przebyte urazy

Przebyte operacje

Czy uczeń/uczennica choruje na padaczkę cukrzycę choroby serca astmę

alergię na co jest uczulony

inne choroby przewlekłe

Czy uczeń/uczennica przyjmuje z powodu chorób przewlekłych jakieś leki (jakie)

Czy uczeń/uczennica jest pod opieką poradni specjalistycznej, wymień jakiej

Czy uczeń/uczennica posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?

- z jakiego powodu

Czy wyrażają Państwo zgodę na: fluoryzację (6 x co 6 tygodni) i przegląd czystości osobistej TAK / NIE

Czy wyrażają Państwo zgodę w razie potrzeby na podawanie leków: paracetamol, ibuprofen TAK / NIE

Kogo powiadomić w przypadku choroby dziecka? Proszę podać stopień pokrewieństwa oraz telefon

kontaktowy:.....

Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

ZGODY OBOWIAZUJĄ PRZEZ CAŁY OŚMIOLETNI OKRES NAUCZANIA

Podpis matki lub opiekunki prawnej

Podpis ojca lub opiekuna prawnego