

OŚWIADCZENIE DLA POTRZEB MEDYCyny SZKOLNEJ

(informacje tylko do użytku służby zdrowia, objęte tajemnicą i przepisami RODO)

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

nr pesel:

(w przypadku braku nr pesel przez obcokrajowców, proszę o dostarczenie kopii deklaracji ZUS ZCNA od pracodawcy)

Adres zamieszkania:

Nazwa i adres przychodni lekarza rodzinnego:

Przebyte choroby, urazy i operacje:

.....

Czy dziecko ma alergię, uczulenia? Na co?

.....

Czy używa okulary, aparat słuchowy?:

Czy dziecko przyjmuje leki, jakie?

Czy dziecko leczy się w Poradni Specjalistycznej, jakiej?

.....

Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności? TAK NIE

(jeśli tak proszę o dostarczenie kopii do pielęgniarki szkolnej)

Telefony kontaktowe do rodziców, opiekunów

1. Przyjmuję do wiadomości, że świadczenie w środowisku nauczania i wychowania będą zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

2. Dane osobowe będą przetwarzane w zakresie udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz dzieci i młodzieży i zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych, w tym w szczególności z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. (RODO).

3. Oświadczam, że zostały mi przekazane następujące informacje o zasadach przetwarzania danych osobowych:

- Administratorem danych jest PWDL wskazany na pieczęcie nagłówkowej niniejszego oświadczenia;
- z Administratorem można się skontaktować korzystając z danych wskazanych na pieczęcie nagłówkowej i niniejszego oświadczenia;
- dane osobowe będą przetwarzane w szczególności w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, udzielenia świadczeń zdrowotnych, leczenia, terapii oraz profilaktyki zdrowotnej i diagnozy medycznej;
- podmiotom danych przysługuje w szczególności prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, cofnięcia udzielonej zgody, wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych);
- z pełną treścią obowiązku informacyjnego można zapoznać się w miejscu udzielenia świadczeń.

4. Oświadczam, że wszelkie dane są zgodne ze stanem faktycznym i jednocześnie zobowiązuję się do ich aktualizacji w razie potrzeby.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna