

REGIONALNE CENTRUM PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY
W ROGOŹNIE

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DZIECKA

Podanie informacji ma na celu ułatwienie opiekunom działania w przypadkach nagłej potrzeby medycznej. Informacje te będą traktowane jako poufne. Zgodnie z przepisami *Ustawy o Ochronie Danych Osobowych 2000 i Ustawy o Dokumentacji Medycznej 2001* szkoły mają obowiązek chronić dane personalne i zdrowotne osób indywidualnych. Wszystkie informacje medyczne i personalne podane w niniejszym formularzu będą chronione tajemnicą i wykorzystywane wyłącznie w celu udzielenia odpowiedniej pomocy Twojemu dziecku. Informacje o zdrowiu dziecka są potrzebne, aby personel mógł otoczyć je odpowiednią opieką. Nieudzielenie wymaganych danych może spowodować zagrożenie dla zdrowia dziecka.

Imię i nazwisko dziecka :

.....

Data urodzenia :

PESEL :

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego :

.....

Adres :

.....
.....

Numery telefonu w razie nagłej potrzeby :

.....

Rodzaj Ubezpieczenia Zdrowotnego/Szpitalnego:

Prosimy zaznaczyć, czy dziecko cierpi na któreś z niżej podanych dolegliwości :
(zaznaczyć „X”)

Astma <input type="checkbox"/>	Moczenie nocne <input type="checkbox"/>	Chwilowa utrata przytomności <input type="checkbox"/>	Cukrzyca <input type="checkbox"/>
Zawroty głowy <input type="checkbox"/>	Wszelkie napady lub konwulsje <input type="checkbox"/>	Choroby serca <input type="checkbox"/>	Migreny <input type="checkbox"/>
Somnambulizm (Lunatyzm) <input type="checkbox"/>	Choroba morska <input type="checkbox"/>	Inne	

Uczulenie na :

Penicylinę:

Inne leki:

Jakiegokolwiek produkty żywnościowe:

.....

Inne dolegliwości, ewentualne objawy:

.....

Podać szczegóły, jeśli dziecko wymaga opieki specjalistycznej:

.....

Leczenie : Czy dziecko zażywa aktualnie leki?

TAK/NIE

Jeśli TAK, podaj nazwę leku i dawkę itp.

.....

Wszelkie leki należy przed odjazdem oddać nauczycielowi opiekującemu się grupą dzieci. Na opakowaniach leków trzeba napisać imię i nazwisko oraz wymaganą dawkę i pory przyjmowania leku. (Leki będą przechowywane w punkcie pierwszej pomocy i podawane wg potrzeby). Jeśli noszenie leku przez dziecko jest niezbędne lub wskazane (np. inhalator dla astmatyków, insulina dla diabetyków) może to nastąpić jedynie za wiedzą i zgodą rodzica i opiekuna grupy.

Doświadczenie w przebywaniu poza domem: Czy to pierwszy pobyt dziecka poza domem? TAK/NIE

ZGODA NA UDZIELENIE POMOCY MEDYCZNEJ

W przypadku, gdy nauczyciel opiekujący się grupą dzieci nie byłby w stanie się skontaktować ze mną, lub nie byłoby to zasadne, upoważniam go do :

- wyrażenia zgody na udzielenie mojemu dziecku takiej pomocy medycznej, jaką lekarz uzna za konieczną
- udzielenia dziecku takiej pierwszej pomocy medycznej, jaką nauczyciel uzna za uzasadnioną i konieczną.

Stwierdzam, że podałem wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki lekarskiej, w czasie pobytu dziecka w Centrum.

Podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego:

Data: