

ZGODA NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

.....
imię i nazwisko ucznia

.....
tel. kontaktowy (do rodzica lub opiekuna prawnego)

Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 24.09.2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. Poz. 86)*

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

na objęcie mojej córki/syna
profilaktyczną opieką zdrowotną, sprawowaną przez lekarza i pielęgniarkę szkolną, podczas nauki w XIV Liceum Ogólnokształcącym im. Stanisława Staszica.

Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. 2017. poz. 497)*

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

na podanie mojemu dziecku.....
w razie konieczności leku: przeciwbólowego, przeciwzapalnego, przeciwgorączkowego lub rozkurczowego w gabinecie lekarskim szkoły.

.....
data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna