

....., dnia 20....r.

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

Pieczęć (oznaczenie) świadczeniodawcy (nr umowy, nazwa podmiotu, przedsiębiorstwa podmiotu, jednostki organizacyjnej, komórki organizacyjnej, adres miejsca udzielania świadczeń, kod resttowy; część I, V, VII, VIII)

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym* (nazwa poradni)

Panią/ Pana płeć

Data urodzenia PESEL lub dokument tożsamości***

Adres telefon

Rozpoznanie kod (ICD 10)

Cel porady (uzasadnienie) (w języku polskim)

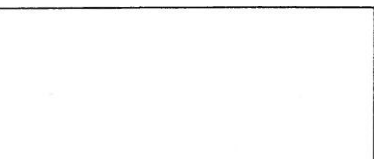
Badania dotychczas wykonane

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem

Termin wyznaczonej porady (czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego)

* właściwie podkreślić. ** w przypadku noworodka - numer PESEL matki
*** w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - nazwa dokumentu, nazwa kraju w którym został wystawiony, i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość



....., dnia 20....r.

SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ

Pieczęć (oznaczenie) świadczeniodawcy (nr umowy, nazwa podmiotu, przedsiębiorstwa podmiotu, jednostki organizacyjnej, komórki organizacyjnej, adres miejsca udzielania świadczeń, kod resttowy; część I, V, VII, VIII)

(nazwa pracowni)

Proszę o badanie (rodzaj badania)

u Pana(i) płeć

Data urodzenia PESEL lub inny dokument tożsamości**

Adres telefon

Rozpoznanie kod (ICD 10)

Cel badania (uzasadnienie)

Badania dotychczas wykonane

Uwagi poradni diagnostycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem

Wyznaczony termin badania (czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego)

* w przypadku noworodka - numer PESEL matki
** w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - nazwa dokumentu, nazwa kraju w którym został wystawiony, i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

(czytelny podpis pracownika pracowni diagnostycznej)

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

..... dnia

SKIEROWANIE DO PRACOWNI ENDOSKOPOWEJ

.....
nazwa i adres pracowni

Badanie z zakresu Ambulatoryjnych Świadczeń Diagnostycznych Kosztochłonnych (ASDK) finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Proszę o badanie endoskopowe przewodu pokarmowego:
(rodzaj badania)

u Pana(i)....., lat.....

Adres.....

PESEL telefon.....

Rozpoznanie.....
(w języku polskim)

..... kod (ICD 10).....

Cel badania (uzasadnienie).....
.....
.....

Badania dotychczas wykonane.....
.....
.....

.....
podpis i pieczęć lekarza

Uwagi pracowni endoskopowej:

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Wyznaczony termin badania.....

WZÓW W 4

dn. _____ 20 ____ r.

Nr badania _____

Skierowanie do laboratorium

W

.....
Nazwisko i imię

.....
PESEL

.....
Adres

Zlecone badania *)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> OB | <input type="checkbox"/> Mocz - właściwości fizyczne |
| <input type="checkbox"/> Hematokryt | <input type="checkbox"/> Mocz - białko |
| <input type="checkbox"/> Hemoglobina | <input type="checkbox"/> Mocz - cuk. ciała ketonowe |
| <input type="checkbox"/> Krw. czerwone | <input type="checkbox"/> Mocz - barwniki żółciowe |
| <input type="checkbox"/> Krw. białe | <input type="checkbox"/> Mocz - osad |
| <input type="checkbox"/> Krew - glukoza | |
| <input type="checkbox"/> Krew - cholesterol | |
| <input type="checkbox"/> Krew - HDL- cholesterol | |
| <input type="checkbox"/> Krew - LDL-cholesterol | |
| <input type="checkbox"/> Krew - trójglicerydy | |
| <input type="checkbox"/> Krew - mocznik | |
| <input type="checkbox"/> Krew - kreatynina | |
| <input type="checkbox"/> Krew - pr. wątrobowe | |
| <input type="checkbox"/> Krew - aminotransferaza | |
| <input type="checkbox"/> Krew - poziom ASO | |
| <input type="checkbox"/> Krew - żelazo | |
| <input type="checkbox"/> Krew - białko | |
| <input type="checkbox"/> Krew - kwas moczowy | |
| <input type="checkbox"/> Krew - lipaza | |

*) odpowiednie zaznaczyć

przew m 5

Pieczęć nagłówkowa z numerem umowy zawartej z dyrektorem właściwego OW NFZ	Skierowanie na fizjoterapię ambulatoryjną/domową*	
	* Niepotrzebne skreślić	
	Nazwisko i imię	
		PESEL
Adres zamieszkania		
Rozpoznanie w języku polskim		
		ICD-10
Choroby przebyte i współistniejące mające wpływ na proces rehabilitacji lub postępowanie fizjoterapeutyczne. Wypełnić obowiązkowo lub wpisać BRAK.	
Wszczępione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele Pacjenta. Wypełnić obowiązkowo lub wpisać BRAK.	
Przyjmowane leki mające wpływ na proces rehabilitacji lub postępowanie fizjoterapeutyczne. Wypełnić obowiązkowo lub wpisać BRAK.	

.....
Data wystawienia skierowania

.....
Podpis lekarza kierującego

PROGRAM REHABILITACJI

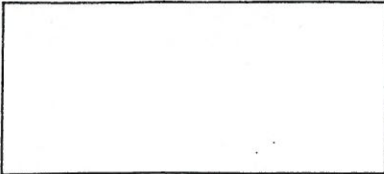
Przeciwwskazania

Cel usprawniania

Rodzaj zabiegów (do 5 zabiegów w cyklu):					
Okolice ciała/strona (prawa, lewa)					
Liczba zabiegów w cyklu (maksymalnie 20):					
Parametry:					

L.p.	Data	Rodzaj zabiegu (kod)	Okolice ciała	Podpis wykonującego	Podpis pacjenta
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

wzów nr 6



....., dnia 20 r.

SKIEROWANIE DO SZPITALA

Pieczęć (oznaczenie świadczeniodawcy (nr umowy, nazwa podmiotu, przedsiębiorstwa podmiotu, jednostki organizacyjnej, komórki organizacyjnej), adres miejsca udzielania świadczeń, kod resortowy: część I, V, VII, VIII)

Kieruję Pana/Panią płeć

Data urodzenia PESEL * lub dokument tożsamości**

Adres telefon

Do: szpitala, szpitala klinicznego, instytutu
(nazwa jednostki)

W
(adres)

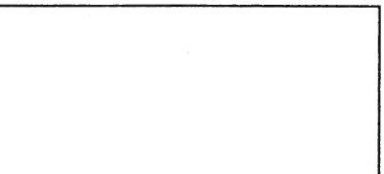
oddział
(nazwa oddziału)

Rozpoznanie
(w języku polskim)

....., Kod (ICD 10)

Termin uzgodnionego przyjęcia

.....
(pieczęć i podpis lekarza)



....., dnia 20 r.

Pieczęć Szpitala (nr umowy, nazwa podmiotu, przedsiębiorstwa podmiotu, jednostki organizacyjnej, komórki organizacyjnej), adres miejsca udzielania świadczeń, kod resortowy: część I, V, VII, VIII)

Uwagi szpitala:
Data zgłoszenia się ze skierowaniem
Termin przyjęcia do Szpitala

Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent
(imię i nazwisko)

Data urodzenia PESEL * lub dokument tożsamości**

Przyczyna ewentualnej odmowy / zalecenia:

.....
(czytelny podpis i pieczęć lekarza)

* w przypadku noworodka - numer PESEL matki
** w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – nazwa dokumentu, nazwa kraju w którym został wystawiony, i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
Mz/Pom-30/1 z. 2044/2015 „DRUZE” Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 638 30 41/42; fax 22 638 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphdruk.com.pl

Wzrost m 7

.....dnia.....200.....r

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie chorego(ej).....

.....lat.....
imię i nazwisko

adres.....

PESEL

telefon.....

rozpoznanie.....

w języku polskim

kod(ICD10).....

stopień niesprawności pacjenta

I stopień niesprawności	*
II stopień niesprawności	*

* właściwe zaznaczyć znakiem „X”

Z.....

.....
nazwa jednostki, adres

w dniu.....o godzinie.....

w pozycji.....

do.....

.....
nazwa jednostki, adres

cel przewozu

1. konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	*
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie)	*
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem)	*
4. Inne wyżej nie wymienione	*

* właściwe zaznaczyć znakiem „X”

Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 roku w sprawie wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz. U. z 2004 r. Nr 275, poz. 273 l) – w przypadku zlecenia transportu sanitarnego ubezpieczonemu w celu innym niż:

- konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub potrzeby zachowania ciągłości leczenia;
- konieczność przewozu osób ubezpieczonych posiadających dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem;

i wobec którego ustalono:

I stopień niesprawności – udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%;
II stopień niesprawności – udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 60%”.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych.

.....
Podpis ubezpieczonego

.....
podpis i pieczęć lekarza

wzwr nr 8

.....
(oznaczenie świadczeniodawcy z numerem umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia)

.....
(nr ewidencyjny skierowania nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową*

Nazwisko i imię..... Nr PESEL**

Adres zamieszkania

.....
(ulica – nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
(ulica – nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)

Dotyczy dzieci

Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka Nr PESEL**

Rodzaj szkoły, klasa.....

I. WYWIAD (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie)

.....
.....
.....

Szczepienia ochronne (dotyczy dzieci).....

Przebyte leczenie onkologiczne w ciągu ostatnich 5 lat: TAK-zgodnie z załączoną dokumentacją medyczną NIE
Przebyte leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa* w ciągu ostatnich 3 lat (należy podać rok i uzdrowisko):
.....

II. BADANIE PRZEDMIOTOWE

Waga..... Wzrost..... RR...../..... Tętno...../min

Skóra i węzły chłonne obwodowe

Układ oddechowy z oceną wydolności

Układ krążenia z oceną wydolności wg NYHA (jeżeli dotyczy).....

Układ trawienny.....

Układ moczopłciowy z oceną wydolności nerek.....

Układ ruchu.....

Zdolność do samoobsługi: TAK NIE

Ocena sprawności ruchowej: samodzielnie poruszający się poruszający się przy pomocy:

(określić rodzaj niezbędnej pomocy, np. wózek inwalidzki)

Układ nerwowy, narządy zmysłu.....

Rozpoznanie: choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia skierowania w języku polskim

..... wg ICD-10

Choroby współistniejące: wg ICD-10

..... wg ICD-10

Przeciwwskazania do zabiegów z udziałem naturalnych surowców leczniczych***: TAK NIE

Uzasadnienie skierowania na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową*.....

III. AKTUALNE WYNIKI BADAŃ laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych
(w przypadku leczenia szpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala).

OB..... morfologia krwi.....

badanie ogólne moczu.....

RTG klatki piersiowej****.....

EKG.....

inne.....

data.....

(podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

IV. OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE/REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ*
(wypełnia lekarz specjalista balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej zatrudniony we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia).

Leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa*: Wskazane Przeciwwskazane Brak wskazań

Uzdrowisko: Nadmorskie Nizinne Podgórskie Górskie

Rodzaj świadczenia:

Uzdrowiskowe leczenie szpitalne Uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne Uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne
 Uzdrowiskowa rehabilitacja w szpitalu uzdrowiskowym Uzdrowiskowa rehabilitacja w sanatorium uzdrowiskowym

Kierunek leczniczy uzdrowiska:

data.....

(podpis lekarza)

V. POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE/REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ*
(wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia).

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego: szpital uzdrowiskowy/sanatorium uzdrowiskowe/przychodnia uzdrowiskowa*

Uzdrowisko..... Zakład lecznictwa uzdrowiskowego.....

Termin leczenia (dzień, miesiąc, rok): od.....do.....

data.....

(podpis osoby upoważnionej)

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadku braku nr PESEL należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

*** Określone w przepisach wydanych na podstawie art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1056).

**** Należy wykonać wyłącznie w przypadku stwierdzenia istnienia wskazań medycznych do przeprowadzenia badania.

**SKIEROWANIE
DO OBJĘCIA PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

Nazwisko i imię pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania.....

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

.....
.....
.....

II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

.....

odleżyny owrzodzenia troficzne rany przewlekłe

2. Układ oddechowy

.....

3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny', ciśnienie krwi.....

tętno/min

4.Układ pokarmowy.....

.....

gastrostomia zgłębnik do żołądka nietrzymanie stolca

5. Układ moczowo-płciowy

.....

nietrzymanie moczu cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samopielęgnacji

.....

.....

leżący chodzący poruszający się z pomocą osób trzecich/ przedmiotów ortopedycznych

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

.....

8.Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD –10):

.....

III. Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona wymaga opieki pielęgniarskiej i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

.....

.....

.....

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA/OBJĘTEGO¹⁾ PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność ³⁾	Wynik ⁴⁾
1	Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 – samodzielny, niezależny	
2	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 – nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 – większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 – samodzielny	
3	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety (WC) 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 – zależny 5 – niezależny lub pod prysznicem	
6	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 – nie porusza się lub < 50 m 5 – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 – spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 – nie jest w stanie 5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 – samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie: 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje stolec	

10	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje moc	
	Wynik kwalifikacji⁵⁾	

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ pielęgniarstwa długoterminowej domowej

.....

.....

.....

.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia
zdrowotnego albo pielęgniarki opieki
długoterminowej domowej⁶⁾

1) Niepotrzebne skreślić.

2) Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.
Maryland State Med. Journal 1965; 14:56 – 61. Wykorzystane za zgodą.
Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

3) W lp. 1 – 10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

6) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. skali Barthel, przebywającego pod opieką pielęgniarki opieki długoterminowej domowej.

- Pieczętka zakładu

Wzrost m N.

Zabieg może być wykonywany w warunkach domowych, bez obecności lekarza

Zlecenie na zabieg pielęgniarki/położnej

Nazwisko, imię, wiek chorego

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres

Nazwa zabiegu

Nazwa i dawka leku

Sposób podania

Czasokres podania

ICD

Data i miejsce wystawienia zlecenia

Pieczętka i podpis lekarza

.....

.....

Wzrost mr 13

Pieczęć praktyki położnej rodzinnej

PESEL

Karta opieki nad kobietą w okresie połogu

Imię i Nazwisko

Urodzona

dzień, miesiąc, rok

Data godzina..... miejsce porodu.....

Przebieg porodu i zabiegi profilaktyczno- lecznicze:.....

Data wypisu

Gromadzenie danych						
Stan psychiczny emocjonalny						
Wydolność opiekuńcza, samoopieka						
Ciś. tętnicze krwi						
Tętno						
Temperatura						
Laktacja						
Stan gruczołów Piersiowych						
Inwolucja m. macicy						
Obserwacja rany krocza/ rany pooperacyjnej						
Inne problemy						

nr 14

Karta opieki nad kobietą ciężarną

..... urodzona
Imię i Nazwisko dzień, miesiąc, rok

Ciąża, poród.....

Ostatnia miesiączka:

Termin porodu:

Gromadzenie danych				
Ciśnienie tętnicze krwi				
Tętno				
Temperatura				
Żylaki				
Obrzęki				
Wysokość dna macicy				
Napięcie macicy				
Tętno płodu				
Ruchy płodu				
Analiza wyników badań				
Inne dolegliwości i problemy				
Przygotowania do karmienia piersią				
Zalecenia lekarskie				

Proces pielęgnowania

Data	Diagnoza	Plan pielęgnacji	Realizacja z elementem czasu	Ocena	Podpis

Wzów nr 15

Pieczętka

Dane świadczeniobiorcy

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Lp	Data	Rodzaj udzielonego świadczenia	Podpis świadczeniobiorcy

Podpis świadczeniobiorcy

Pieczątka zakładu
Dział A

HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY

Poradni Nazwisko
Imię
Płeć: M. Z. *

NFZ
Nr karty
Data zalej.
Nr ks. zdrowia

Data urodzenia
PESEL

Adres

Miejsce pracy: ubezpieczony / niubezpieczony / bezplatnie
Symbol grupy produkcji i usług (wpisać odpowiednią cyfrę)
Zawód wykonany / wykonywany

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr stały- słyszny choroby	Czy pierwsza zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do	Grupa krwi	
					podpis lekarza	Rh

Wyrażam zgodę na leczenie, badanie diagnostyczne w Poradni.....
Do zasięgnięcia informacji o stanie mojego zdrowia oraz o udzielonych świadczeniach zdrowotnych" upoważniam / nie upoważniam
Do uzyskania dokumentacji medycznej" upoważniam / nie upoważniam
-Własne znalezisko

.....
.....
.....
.....

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr stały- słyszny choroby	Czy pierwsza zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi / podpis lekarza	Nr staty- styczny choroby	Czy piernusze zaprobowane Wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi / podpis lekarza	Nr staty- styczny choroby	Czy piernusze zaprobowane Wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do

nr 17

KARTA ZDROWIA UCZNIĄ	
(pieczęć gabinetu profilaktycznego lub szkoły)	
Nazwisko i imię	Płeć: K / M
Adres telefon	(data urodzenia)
(PESEL)	

PRZEBYTE CHOROBY

Rok życia	Rodzaj
-----------	--------

PROBLEM ZDROWOTNY, SZKOLNY, SPOŁECZNY

Data	Rodzaj
------	--------

KWALIFIKACJA DO WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Data	Grupa	Zalecenia
------	-------	-----------

TESTY PRZESIEWOWE UCZNIĄ (nazwisko i imię)

Data badania																			
Wiek																			
Wysokość ciała	Cm																		
	Centyl																		
Masa ciała	Kg																		
	BMI																		
Ostrość wzroku	Data badania																		
	OP																		
	OL																		
Test do wykrywania	data badania																		
	Skoliozy																		
	Kifozy piersiowej																		
	Koślawości kolan																		
	Stóp płasko-koślawych																		
ZEZ - data badania		Widzenie barw			Ciśnienie tętnicze krwi	Data						SŁUCH				I miesięczka w wieku			
Widoczny	Cover-test	Data badania				Wynik					Data badania								
Odbicie światła na rogówkach		Wynik testu				centyl					Wynik testu								

Nazwisko i imię ucznia

WYWIADY ŚRODOWISKOWE

Data	Wnioski, zalecenia, dane osoby wpisującej, podpis

Wkleić: karty badania rozwoju i zdrowia ucznia, wyniki badań specjalistycznych, inne dokumenty

Nazwisko i imię ucznia

Data wpisu	Klasa wiek	Obserwacje, wywiady, porady, zlecenia, edukacja, pomoc przedlekarska, dane osoby dokonującej wpisu i jej podpis

INNE UWAGI

Data	Do kogo

Indywidualna Karta Wywiadu Środowiskowego – Stan Zdrowia Ucznia

Zwracam się z uprzejmą prośbą o uzupełnienie poniższego kwestionariusza. Informacje te niezbędne są do zgłoszenia ucznia/uczennicy w Narodowym Funduszu Zdrowia, jako osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym. Pozostałe dane będą wykorzystane do uzupełnienia/aktualizacji Karty Zdrowia Ucznia. W związku z rozpoczęciem/kontynuacją nauki w roku szkolnym 2016/2017 uczeń zostaje objęty opieką pielęgniarską przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 24 września 2013 r. (Dz.U. 2013 poz. 1248) Zał. Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania oraz warunki ich realizacji (z późn. zm). Dane osobowe podlegają ochronie zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych, (Dz. U. 2016 r. poz. 922), a także podlegają szczególnej ochronie i przetwarzaniu jako dane medyczne zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069).

Szkoła, klasa:		Nr tel. opiekuna prawnego	
Nazwisko, imię ucznia:		Pesel ucznia: (niezbędne)	Data urodzenia: _____ r.
Adres zamieszkania:		Nazwa i adres placówki POZ, której uczeń podlega:	
Czy uczeń jest szczepiony zgodnie z kalendarzem szczepień w placówce POZ, do której należy? Tak Nie			
Przebyte choroby: wybrać Tak / Nie oraz wpisać rok zachorowania ↓			
Ospa →	Tak Nie	Różyczka →	Tak Nie Płonica → Tak Nie
Odra →	Tak Nie	Świnka →	Tak Nie Inne →
Przebyte urazy: wpisać poniżej rodzaj urazu oraz rok zdarzenia ↓			
Przebyte operacje: wybrać Tak/ Nie oraz wpisać rok przeprowadzenia ↓			
Usunięcie wyrostka robaczkowego: Tak Nie			
Inne:(rodzaj, rok)→			
Choroby przewlekłe: poniżej wybrać tak/ nie oraz wpisać rok zdiagnozowania ↓			
Astma →	Tak Nie	Cukrzyca →	Tak Nie Padaczka → Tak Nie
Choroby serca →	Tak Nie	Inne →	
Alergie: wpisać rodzaj alergii oraz substancję uczulającą (alergen)			
Rodzaj →			
Alergen →			
Zażywane leki : wpisać poniżej nazwę leku, powód zażywania ↓			
Nazwa leku →			
Powód zażywania →			
Czy uczeń jest pod opieką poradni specjalistycznej?: wybrać Tak/Nie, jakiej, z jakiego powodu ↓			
Poradnia specjalistyczna: Tak Nie	Jaka/ Z jakiego powodu?:	Czy uczeń posiada orzeczenie o niepełnosprawności?	Tak Nie Zakres orzeczenia:
Czy wyrażają Państwo zgodę na ewentualne podanie leków przypadku wystąpienia dolegliwości u dziecka?: Zaznaczyć właściwe.			
p/bólowych, p/gorączkowych (paracetamol) →	Tak Nie	Rozkurczowych (no-spa) → (krople miętowe) →	Tak Nie p/biegunkowych (węgiel leczniczy) → Tak Nie
Uspokajających (neospazmina) →	Tak Nie	Odkazające (octenisept) →	Tak Nie <i>Wskazane preparaty są zgodne z Rozp. NFZ dot. profilaktycznej opieki nad uczniami.</i>
Osoba kontaktowa w przypadku zdarzeń nagłych (np. zachorowanie uniemożliwiające uczestniczenie w lekcjach/ interwencja pogotowia ratunkowego): ↓			
St.pokrewieństwa		Nr telefonu	
Dodatkowe uwagi dotyczące szczególnej opieki medycznej nad dzieckiem podczas jego pobytu w szkole Zaznaczyć właściwe.			
Tak Nie	Jakie?:		
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przez pielęgniarkę szkolną badań profilaktycznych, zdrowotnych i higienicznych (w tym badania bilansowe, przesiewowe, profilaktyczna kontrola stanu włosów i skóry)			
Tak		Nie	
Data:		Czytelny podpis opiekuna:	

nr 18

Kolejność wypełniania: 1-nauczyciel, 2-pielęgniarka, 3-rodzic/opiekun, 4-lekarz
KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO
UCZNIĄ KLASY „0”

Pieczęć podmiotu realizującego świadczenia z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej

(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię ucznia Płeć*: K / M

Data urodzenia (rrrr - mm - dd) - -

Klasa

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE

	OJCIEC	MATKA	RODZENSTWO DZIECKA	
Imię			Rok urodz.	Stan zdrowia
Stan zdrowia				

Warunki mieszkaniowe**: dobre, średnie, złe. Liczba izb osób.....

Problemy w rodzinie: (zdrowotne, bytowe)

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Przebyte przez dziecko choroby, urazy i operacje:

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergię)**: NIE TAK-na co
objawy uczulenia
- słyszy**: DOBRZE, ŹLE; widzi**: DOBRZE, ŹLE; ma zezę**: NIE, TAK
- używa**: okularów, aparatu ortodontycznego, wkładki ortopedyczne
- przyjmuje leki**: NIE, TAK - jakie.....
- jest pod opieką poradni specjalistycznej**: NIE, TAK - jakiej.....
- uczęszcza na zajęcia korekcyjne**: NIE, TAK - jakie

Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach**:
częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, zez: stale lub czasem; - inne jakie:.....

Zachowanie dziecka**: nie budzi niepokoju, nadrucliwość, agresywność, nieśmiałość, płacliwość, mała zaradność, trudności w samoobsłudze, inne niepokojące objawy

Inne uwagi i życzenia rodziców

(data)

(czytelny podpis rodzica/opiekuna*)

Nazwisko i imię ucznia

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY

Wymowa*: prawidłowa, nieprawidłowa - jaka

Sprawność ruchowa ogólna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Sprawność manualna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Uczeń przy pisanlu postuguje się ręką*: prawą, lewą

Zachowanie*: nie budzi zastrzeżeń, nadruchliwość, nieśmiałość, bierność, placzliwość, trudności w koncentracji uwagi, reakcje emocjonalne nieadekwatne do bodźca, konflikty z rówieśnikami, inne

..... (data) (podpis wychowawcy)

3. INFORMACJE PIELĘGNIARKI / HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała cm centyl, Masa ciała kg, BMI kg/m² centyl

Wzrok: Ostrość wzroku*: bez okularów, w okularach: OP OL

Zez*: niewidoczny, widoczny

Cover test*: ujemny, dodatni

Odbicie światła na rogówkach*: symetryczne, niesymetryczne

Inne zaburzenia**

Słuch: test*: szeptem, audiometryczny*: prawidłowy, nieprawidłowy

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie*: bocznoego skrzywienia kręgosłupa, koślawości kolan, stóp płasko - koślawych

Ciśnienie tętnicze krwi*: mmHg poniżej 90 centyla, powyżej 90 centyla*,

Inne uwagi

..... (data) (podpis i pieczęć pielęgniarki / higienistki szkolnej)

4. WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny*: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa**

kolana koślawe, stopy płasko-koślawe, inne odchylenia**

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

Mowa*: prawidłowa, nieprawidłowa

Lateralizacja*: prawostronna, lewostronna, skrzyżowana

Jama ustna**

Skóra**

Jądra w mosznie (dotyczy chłopców)*: TAK, NIE**

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie

ZDROWOTNA DOJRZAŁOŚĆ SZKOLNA*: pełna, niepełna**

KWALIFIKACJA DO ZAJĘĆ WF*: grupa A A_s B B_k C C_L - zalecenia

ZALECENIA

..... (pieczęć podmiotu leczniczego POZ) (data) (podpis i pieczęć lekarza POZ)

* Właściwe podkreślić.
** Wpisać rodzaj odchyień.

Karta opieki nad noworodkiem

.....
Imię i Nazwisko

Stan dziecka po urodzeniu:

- wg skali Agar:
- masa ciała: długość.....
- wady wrodzone i urazy okołoporodowe.....
- sposób karmienia w szpitalu.....

Gromadzenie Danych	Daty wizyt i wiek dziecka w dniach		
Przebieg Karmienia			
Ulewanie pokarmu			
Zachowanie dziecka			
Stolec			
Skóra			
Oczy			
Nos			
Jama Ustna			
Pielęgnacja kikuta pępowinowego, rany dna pępka			
Zalecenia lekarskie			
Wykonane testy i badania przesiewowe			

200

Wzów nr 21

Kolejność wypełniania: 1-nauczyciel, 2-pielęgniarka, 3-rodzic/opiekun, 4-lekarz

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO

UCZNIĄ KLASY III szkoły podstawowej

(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Placówka podmiotu realizującego świadczenia z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej

Nazwisko i imię ucznia Pleć*: K / M

Data urodzenia (rrrr - mm - dd) - -

Klasa

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje: w ostatnich trzech latach

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

Problemy zdrowotne w rodzinie dziecka:

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Czy dziecko:

- ma uczulenie(alergie)*: NIE, TAK - na co
- objawy uczulenia:
- używa*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne
- przyjmuje leki*: NIE, TAK - jakie
- jest pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK - jakiej:

Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach*:

częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne - jakie:

Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka*: NIE, TAK - podać co

Inne uwagi i życzenia rodziców:

.....
(data)

.....
(podpis matki lub ojca / opiekuna*)

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY

Wymowa*: prawidłowa, nieprawidłowa - jaka

Sprawność fizyczna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej¹⁾

Uzdolnienia:

Zachowanie*: nie budzi zastrzeżeń, budzi zastrzeżenia - jakie

Wyniki w nauce*: bardzo dobre, dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej

Absencja szkolna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Trudności szkolne*: nie występują, występują - jakie

Relacje z rówieśnikami*: prawidłowe, nieprawidłowe - jakie

Inne uwagi:

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wychowawcy)

* Właściwe podkreślić.
¹⁾ Wypełnić na podstawie opinii nauczyciela WF

Nazwisko i imię ucznia

3. INFORMACJE PIELĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała cm centyl, Masa ciała kg, BMI kg/m² centyl

Wzrok: Ostrość wzroku: bez okularów, w okularach: OP OL

Widzenie barw*: prawidłowe, nieprawidłowe

Inne zaburzenia**

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie bocznego skrzywienia kręgosłupa

Ciśnienie tętnicze krwi* mmHg poniżej 90 centyla, powyżej 90 centyla*

Inne uwagi

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki szkolnej)

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny*: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia**

Dojrzewanie płciowe wg skali Tannera

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa**
inne odchylenia**

Tarczycza*: prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości**

Jama ustna**:

Skóra**:

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie:

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_s B B_k C C_L - zalecenia:

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach*: TAK, NIE

ZALECENIA:

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego POZ)

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza POZ)

* Właściwe podkreślić.
** Wpisać rodzaj odchylenia.

nr 21 w 20 22

Kolejność wypełniania: 1-nauczyciel, 2-pielęgniarka, 3-rodzic/opiekun, 4-lekarz

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ KLASY VII

Pieczęć podmiotu realizującego świadczenia z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej

(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię ucznia Płeć*: K / M

Data urodzenia (rrrr - mm - dd) [][][][] - [][][] - [][][] Klasa []

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje: w ostatnich trzech latach

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

Problemy zdrowotne w rodzinie dziecka:

Zachowanie zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergię)*: NIE, TAK - na co
objawy uczulenia
- używa*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne
- przyjmuje leki*: NIE, TAK - jakie
- jest pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK - jakiej:

Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach*:

częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne - jakie:

Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka*: NIE, TAK - podać co

Inne uwagi i życzenia rodziców:

..... (data) (czytelny podpis rodzica / opiekuna*)

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY

Wymowa*: prawidłowa, nieprawidłowa - jaka

Sprawność fizyczna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej¹⁾

Uzdolnienia:

Zachowanie*: nie budzi zastrzeżeń, budzi zastrzeżenia - jakie

Wyniki w nauce*: bardzo dobre, dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej

Absencja szkolna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Trudności szkolne*: nie występują, występują - jakie

Relacje z rówieśnikami*: prawidłowe, nieprawidłowe - jakie

Inne uwagi

..... (data) (czytelny podpis wychowawcy)

* Właściwe podkreślić.

¹⁾ Wypełnić na podstawie opinii nauczyciela WF

Nazwisko i imię ucznia

3. INFORMACJE PIELEŃNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała cm centyl, Masa ciała kg, BMI kg/m² centyl

Wzrok: Ostrość wzroku*: bez okularów, w okularach: OP OL

Inne zaburzenia**

Słuch*: test: szeptem, audiometryczny: wynik prawidłowy, nieprawidłowy

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie*: boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej

Ciśnienie tętnicze krwi* mmHg poniżej 90 centyla, powyżej 90 centyla*

Inne uwagi

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki szkolnej)

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny*: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia**

Dojrzewanie płciowe według skali Tannera

Wiek menarche: lat mies. Przebieg miesiączkowania**

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa**

nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia**

Jama ustna**

Skóra**

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie:

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_s B B_k C C_L - zalecenia:

Może uczestniczyć w zawodach sportowych i sprawdzianach*: TAK, NIE

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU*: NIE, TAK - jakie

ZALECENIA:

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego POZ)

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza POZ)

* Właściwe podkreślić.
** Wpisać rodzaj odchylenia.

nr 20/19

Kolejność wypełniania: 1-uczeń, 2- pielęgniarka, 3-lekarz

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ OSTATNIEJ KLASY SZKOŁY PONADPODSTAWOWEJ

(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Pieczęć podmiotu realizującego świadczenia z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej

Nazwisko i imię ucznia Płeć*: K / M

Data urodzenia (rrrr - mm - dd) - - Klasa

1. INFORMACJE UCZNIĄ

Przebyte choroby i urazy w czasie nauki w szkole

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

Czy w ostatnich 6 miesiącach miałeś(aś)*: częste: bóle głowy, brzucha, pleców, szyi, zawroty głowy, zaparcia, biegunki, brak apetytu, zdenerwowanie, przygnębienie; dolegliwości przy oddawaniu moczu, napady duszności, długotrwały kaszel, katar, zmiany na skórze, trudności w zasypianiu, lęki?

Uczulenie (alergię) - na co?
Inne dolegliwości i niepokojące objawy - jakie:

Czy w ostatnich 3 miesiącach używałeś(aś) leków*: NIE, TAK - jakich:
z jakiego powodu:

Kiedy ostatni raz byłeś(aś) badany(a) przez lekarza:
z powodu, stomatologa

Czy jesteś pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK - jakiej:
z jakiego powodu:

Czy masz trudności w szkole*: NIE, TAK - jakie:

Czy sądzisz, że Twoje zdrowie jest* : BARDZO DOBRE, DOBRE, RACZEJ ZŁE, ZŁE
Czy masz jakieś problemy i trudności, o których chciałbyś/chciałabyś porozmawiać z:
z lekarzem* NIE, TAK; - psychologiem* NIE, TAK

Dotyczy tylko dziewcząt: wiek pierwszej miesiączki lat miesięcy
Co ile dni występuje miesiączka, ile dni trwa

Czy masz w czasie jej trwania dolegliwości*: NIE, TAK - jakie:
Czy w bieżącym roku szkolnym uczestniczysz w lekcjach WF*:
SYSTEMATYCZNIE, NIESYSTEMATYCZNIE, JESTEM ZWOLNIONY(A)
Czy uczestniczysz systematycznie w zajęciach ruchowych poza szkołą*:
NIE, TAK - jakich:

Czy uważasz, że Twoja sprawność fizyczna jest*: BARDZO DOBRA, DOBRA, DOŚĆ DOBRA, ZŁA
Czy palisz papierosy* - NIE, TAK - ile przeciętnie wypalasz:
dziennie, w tygodniu

Czy po skończeniu obecnej szkoły zamierzasz uczyć się dalej*: NIE, TAK
w jakiej szkole/uczelni:
zawód/kierunek studiów:

..... (data) (czytelny podpis ucznia)

* Właściwie podkreślić.

Nazwisko i imię ucznia

2. INFORMACJE PIEŁĘGIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała cm centyl, Masa ciała kg, BMI kg/m² centyl

Wzrok: Ostrość wzroku*: bez okularów, w okularach: OP OL

Inne zaburzenia**:

Ciśnienie tętnicze krwi*: mmHg poniżej 90 centyla powyżej 90 centyla*

Kwalifikacja w szkole ponadgimnazjalnej do grupy WF*: A A_s B B_x C C₁

Zaburzenia i choroby stwierdzone u ucznia w czasie nauki w szkole ponadgimnazjalnej:

(data)

(podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki szkolnej)

3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny*: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia**:

Dojrzewanie płciowe** wg skali Tannera:

Wiek menarche: lat mies. Przebieg miesiączkowania**

Tarczycza*: prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości**

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia**:

Jama ustna**

Skóra**

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie:

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU*: NIE, TAK - jakie:

ZALECENIA:

(pieczęć podmiotu leczniczego POZ)

(data)

(podpis i pieczęć lekarza POZ)

* Właściwie podkreślić.
** Wpisać rodzaj odchylenia.

SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

w BRZOSZOWIE
Międzyшкоlny Gabinet Medyczny
przy Szkołach Średnich
36-200 Brzozów, ul. W. Pańki 2

Wzrost w 24

Kolejność wypełnienia: 1-nauczyciel, 2-pielęgniarka, 3-rodzic/opiekun, 4-lekarz

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO
UCZNIA KLASY I SZKOŁY PONADPODSTAWOWEJ**

Wzrost i cięciwa: 1,43 m, 43 kg. Informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową

Nazwisko i imię ucznia Płeć*: K / M

Data urodzenia (rrrr - mm - dd) - - Klasa

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje: w ostatnich trzech latach

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

Problemy zdrowotne w rodzinie dziecka:

Zachowanie zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergię)*: NIE, TAK - na co

objawy uczulenia:

- używa*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne

- przyjmuje leki*: NIE, TAK - jakie

- jest pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK - jakiej:

Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach*:

częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne - jakie:

Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka*: NIE, TAK - podać co

Inne uwagi i życzenia rodziców:

.....
(data)

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna*)

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY

Wymowa*: prawidłowa, nieprawidłowa - jaka

Sprawność fizyczna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej¹⁾

Uzdolnienia:

Zachowanie*: nie budzi zastrzeżeń, budzi zastrzeżenia - jakie

Wyniki w nauce*: bardzo dobre, dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej

Absencja szkolna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Trudności szkolne*: nie występują, występują - jakie

Relacje z rówieśnikami*: prawidłowe, nieprawidłowe - jakie

Inne uwagi:

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wychowawcy)

* Właściwe podkreślić.

¹⁾ Wypełnić na podstawie opinii nauczyciela WF

Nazwisko i imię ucznia

3. INFORMACJE PIELĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała..... cm..... centyl, Masa ciała..... kg, BMI..... kg/m²..... centyl

Wzrok: Ostrość wzroku*: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

Inne zaburzenia**

Słuch*: test: szeptem, audiometryczny: wynik prawidłowy, nieprawidłowy

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie*: boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej

Ciśnienie tętnicze krwi*..... mmHg poniżej 90 centyla, powyżej 90 centyla*

Inne uwagi

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki szkolnej)

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny*: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia**

Dojrzewanie płciowe według skali Tannera

Wiek menarche:..... lat..... mies..... Przebieg miesiączkowania**

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa**

nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia**

Jama ustna**

Skóra**

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie:

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_s B B_k C C_L - zalecenia:

Może uczestniczyć w zawodach sportowych i sprawdzianach*: TAK, NIE

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU*: NIE, TAK - jakie

ZALECENIA:

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego POZ)

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza POZ)

* Właściwe podkreślić.
** Wpisać rodzaj odchylenia.

C. Wzór listy klasowej.
Rok szkolny.....

LISTA KLASOWA

Klasa.....

nr 25

200

Lp.	Nazwisko i imię ucznia	Rok urodzenia	Testy przesiewowe		Wydane skierowania	Profilaktyczne badania lekarskie	Problem			Grupa WF	Profilaktyka próchnicy zębów		Szczepienia ochronne		Inne
			Rodzaj				zdrowny	szkolny	społeczny		data	rodzaj szczepionki			

.....
(imię i nazwisko wychowawcy klasy)

.....
(imię i nazwisko pielęgniarki lub higienistki szkolnej)

C. Wzór listy klasowej.
Rok szkolny.....

LISTA KLASOWA

Klasa.....

Lp.	Nazwisko i imię ucznia	Rok urodzenia	Testy przesiewowe			Wydane skierowania	Profilaktyczne badanie lekarskie			Grupa WF	Profilaktyka próchnicy zębów				Szczerpienia ochronne	Inne
			Rodzaj				zdrowotny	Problem			data					
							szkolny	społeczny								

(imię i nazwisko wychowawcy klasy)

(imię i nazwisko pielęgniarki lub higienistki szkolnej)

nr 26

Wypełnić drukiem – czytelnie

.....
(pieczętka zakładu)

WEZWANIE

Pani/Pan

Zespół Opieki Zdrowotnej w

..... wzywa

Panią/Pana do stawienia się z dzieckiem (wychowankiem)

.....
(nazwisko i imię dziecka)

.....
(rok urodzenia)

do

(dokładny adres placówki prowadzącej szczepienia)

w dniu

w celu zaszczepienia dziecka (poddania badaniom tuberkulinowym przeciwko:*)

Błonicy – Tężcowi – Krztuścowi

Poliomyelitis (Chorobie Heine-Medina)

Ospie

Odrze

Gruźlicy

*) podkreślić - UWAGA: wypełnić długopisem lub piórem maszynowym

Winni niestawienia się pociągnięci będą do odpowiedzialności karno – administracyjnej na podstawie ustawy z dn. 5.XII.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r. Nr 234 poz. 1570).

Następne szczepienie przeciwko

w dniu

Uwaga! Choroby zakaźne mogą spowodować trwałe kalectwo,
a nawet śmierć.
Najskuteczniejszą bronią przed chorobami zakaźnymi
są szczepienia ochronne.
Dzieci dobrze znoszą szczepienia, należy je szczepić dopóki
są zdrowe.
Zgłoś się z dzieckiem w dniu wyznaczonym do szczepienia.
Przynieś z sobą książeczkę zdrowia dziecka.

Obserwacje lekarza i pielęgniarki (profilaktyczno - leczniczej)

Data badania	Waga	Inne wskazówki rozwoju	Wywiad, objawy, wyniki badań pomocniczych - rozpoznanie	Zlecenia

pieczęć zakładu

KARTA ZDROWIA DZIECKA

1221 111 27

Nr karty
Data zarej.

Nazwisko Imię Pięć M. Z.

Data urodzenia PESEL

Adres

Uczęszcza do (adres) żłobka

przeższkoda od do (wiek) Szkoły (adres)

Opieka domowa	Imię i nazwisko	Wykonywany zawód	Sytuacja materialna i warunki społeczne środowiska domowego
ojciec			
matka			
Inny opiekun			

Wywiad rodzinny do czasu zarejestrowania dziecka

Kolejność i przebieg ciąży i porodu

Wyrażam zgodę na leczenie, badanie diagnostyczne w Poradni
Do zasięgnięcia informacji o stanie zdrowia oraz do uzyskania dokumentacji medycznej mojego dziecka :
upoważniam / nie upoważniam
(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa)
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych
Wielkie zamczak
(podpis)
(miejscowość i data)
Brzezów, SMV - 181, 13 43 44 352

Przebyte choroby, zabiegi operacyjne, odczyny alergiczne na leki i surowicę^{*)}

Nazwa choroby	Wiek	Nazwa choroby	Wiek	Nazwa choroby	Wiek

Ocena rozwoju dziecka w wieku:
a) 12 miesięcy

b) 7 lat

c) 14 lat

*) Należy wpisywać na bieżąco

Data	Wzrosty środowiskowa (lekarza, położnej, pielęgniarki)

NZV nr 28

Nazwisko i imię Nr rejestru Nr kolejny wkł.

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statystyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do

Nazwisko i imię Nr rejestru Nr kolejny wkł.

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statystyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do

wzd m 28

(pieczęć zakładu) , dnia 20..... r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodz. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa i nr dowodu tożsamości*

Zamieszkały(a)

Rozpoznanie**

.....

.....

.....

.....

Cel wydania zaświadczenia.....

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

* Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych.
** W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię	2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe							
4. Data urodzenia	5. Płeć	6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość										
_ _ - _ - _ dzień - miesiąc - rok	M/K											
7. Adres miejsca zamieszkania												
7A. Ulica				7B. Numer domu/mieszkania				7C. Kod pocztowy i miejscowość				
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)												
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)												
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona⁶⁾)												
10A. Imię	10B. Nazwisko				10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)							
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
10D. Ulica				10E. Numer domu/mieszkania				10F. Kod pocztowy i miejscowość				
10G. Imię	10H. Nazwisko				10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)							
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
10J. Ulica				10K. Numer domu/mieszkania				10L. Kod pocztowy i miejscowość				
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej²⁾							12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia					

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

13A. Nazwa (firma)
świadczoniodawcy

13B. Adres siedziby
świadczoniodawcy

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

po raz pierwszy

po raz drugi⁴⁾

po raz kolejny⁴⁾

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
 - zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
-
inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁵⁾

Imię i nazwisko
lekarza podstawowej
opieki zdrowotnej

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

po raz pierwszy

po raz drugi⁴⁾

po raz kolejny⁴⁾

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
 - zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
-
inna okoliczność

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię				2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe				
4. Data urodzenia				5. Płeć		6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość						
___ - ___ - ___ dzień - miesiąc - rok				M/K								
7. Adres miejsca zamieszkania												
7A. Ulica				7B. Numer domu/mieszkania				7C. Kod pocztowy i miejscowość				
8. Numer telefonu												
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)												
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ⁵⁾)												
10A. Imię			10B. Nazwisko				10C. Numer telefonu					
Adres miejsca zamieszkania												
10D. Ulica				10E. Numer domu/mieszkania				10F. Kod pocztowy i miejscowość				
10G. Imię			10H. Nazwisko				10I. Numer telefonu					
Adres miejsca zamieszkania												
10J. Ulica				10K. Numer domu/mieszkania				10L. Kod pocztowy i miejscowość				
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ²⁾							12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia					

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Brzozowie
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy	36-200 Brzozów, ul. ks. J. Bielawskiego 16

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy | <input type="checkbox"/> po raz drugi ⁴⁾ | <input type="checkbox"/> po raz kolejny ⁴⁾ |
|--|---|---|

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
 - zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
-
 inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁵⁾

Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy | <input type="checkbox"/> po raz drugi ⁴⁾ | <input type="checkbox"/> po raz kolejny ⁴⁾ |
|--|---|---|

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
 - zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
-
 inna okoliczność

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELEŃNIARKI
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię			2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia			5. Płeć		6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość							
-- -- -- dzień – miesiąc – rok			M/K									
7. Adres miejsca zamieszkania												
7A. Ulica				7B. Numer domu/mieszkania				7C. Kod pocztowy i miejscowość				
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)												
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)												
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ⁶⁾)												
10A. Imię		10B. Nazwisko				10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
Adres miejsca zamieszkania												
10D. Ulica				10E. Numer domu/mieszkania				10F. Kod pocztowy i miejscowość				
10G. Imię		10H. Nazwisko				10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
Adres miejsca zamieszkania												
10J. Ulica				10K. Numer domu/mieszkania				10L. Kod pocztowy i miejscowość				
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ²⁾							12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia					

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

13A. Nazwa (firma)
świadczonodawcy

13B. Adres siedziby
świadczonodawcy

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

po raz pierwszy

po raz drugi⁴⁾

po raz kolejny⁴⁾

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
 - zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczonodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczonodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczonodawcy (podać jakich)
-
inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁵⁾

Imię i nazwisko pielęgniarzki
podstawowej opieki zdrowotnej

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

po raz pierwszy

po raz drugi⁴⁾

po raz kolejny⁴⁾

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
 - zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczonodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczonodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczonodawcy (podać jakich)
-
inna okoliczność

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

wzów nr 33

Data.....

Pieczęć szpitalowa z numerem
innowy: NFZ

SKIEROWANIE DO HOSPICJUM DOMOWEGO

Proszę o objęcie opieką Pacjenta:

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Rozpoznanie (w j. polskim)

ICD - 10:

Uzasadnienie

Data, pieczęć i podpis lekarza

nr 34

Pieczęć jednostki zlecającej badanie

Data:

**ZLECENIE NA BADANIA BAKTERIOLOGICZNE / WIRUSOLOGICZNE / MYKOLOGICZNE
DO LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNEGO
SZPITAL SPECJALISTYCZNY PODKARPACKI OŚRODEK ONKOLOGICZNY W BRZOSZOWIE**

Imię i nazwisko:, płeć: M , K

Data urodzenia: PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce zamieszkania/oddział szpitalny:

Dane kliniczne pacjenta (rozpoznanie, występujące czynniki zakażenia, w tym wcześniejsza antybiotykoterapia, wcześniejsza hospitalizacja, choroby towarzyszące)

Rodzaj pobranego materiału <input type="checkbox"/> mocz <input type="checkbox"/> wymaz z pochwy/szyjki macicy* <input type="checkbox"/> krew żylna/tętnicza/CVC* <input type="checkbox"/> wymaz z okolicy miejsca wkłucia <input type="checkbox"/> punkt z <input type="checkbox"/> aspirat tchawiczy/BAL* <input type="checkbox"/> wymaz z jamy ustnej/gardła/migdałków* <input type="checkbox"/> wymaz z nosogardła/nos/nagłośni* <input type="checkbox"/> wymaz z ucha P/L* <input type="checkbox"/> wymaz z worka spojówkowego P/L* <input type="checkbox"/> plwocina	Rodzaj pobranego materiału <input type="checkbox"/> wymaz z rany/ropa* <input type="checkbox"/> kał/wymaz z odbytu* <input type="checkbox"/> żółć <input type="checkbox"/> fragment tkanki <input type="checkbox"/> wymaz z protezy <input type="checkbox"/> pokarm <input type="checkbox"/> zeszkrobiny z paznokci <input type="checkbox"/> włosy/skóra* <input type="checkbox"/> inny	Kierunek badania: <input type="checkbox"/> posiew tlenowy, <input type="checkbox"/> posiew beztlenowy, <input type="checkbox"/> mykologiczne, <input type="checkbox"/> wirusologiczne, adeno/rota/norowirusy <input type="checkbox"/> toksyna Clostridium difficile <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> panel wirusologiczny oddechowy <small>(Influenzae, Parainfluenzae, RS, Adenovirus)</small> <input type="checkbox"/> Pneumocystis jiroveci
--	---	---

Badanie: diagnostyczne, przesiewowe Uwagi:

* właściwe zakreślić

Materiał pobrał:
.....
(data, godz. podpis)

Materiał przyjął do laboratorium
.....
(data, godz. podpis)

Badanie zlecił:
.....
(data, podpis lekarza)

Wzrost w 35

Wniosek

z badania bilansowego dziecka 4 letniego

Nazwisko i imię _____

Data ur. _____ Data badania _____ Adres _____

Wywiad _____

Przebyte choroby _____

I. Wysokość _____ centyle _____ Waga _____ centyle _____

II. Liczba zębów _____

III. Rozwój psychomotoryczny (sprawność ruchowa)

- 1. Czy sprawnie chodzi i biega? TAK NIE
- 2. Czy potrafi stać na jednej nodze? TAK NIE
- 3. Czy potrafi samo odpinać guziki? TAK NIE
- 4. Czy próbuje rysować? TAK NIE
- 5. Czy potrafi budować z klocków? TAK NIE
- 6. Czy zadaje pytania: 'dlaczego?', 'po co?'
- 7. Czy rozumie polecenia np. 'połóż lalkę na stole'? TAK NIE
- 8. Czy je samodzielnie? TAK NIE
- 9. Czy załatwia się samo? TAK NIE
- 10. Czy potrafi samodzielnie ubierać się? TAK NIE
- 11. _____ TAK NIE

IV. Statystyka ciała i budowa

- 1. Czy budowa ciała jest prawidłowa? TAK NIE
- 2. Czy budowa ciała jest symetryczna? TAK NIE
- 3. Czy stwierdzono zniekształcenie klatki piersiowej? TAK NIE
- 4. Czy podczas stania występuje koślawe ustawienie stóp? TAK NIE
- 5. Czy stwierdzono prawidłowy chód dziecka? TAK NIE
- 6. _____ TAK NIE
- 7. _____ TAK NIE

podpis pielęgniarki _____

V. Ocena stanu zdrowia – badanie przedmiotowe lekarskie _____

VI. Kwalifikacja do grupy dyspenseryjnej _____

VII. Ustalenie programu opieki profilaktycznej, leczniczej i rehabilitacyjnej _____

VIII. Zalecenia dla opieków _____

data i podpis lekarza/pielęgniarki _____

W20V MY 36

Wniosek

z badania bilansowego dziecka 2 letniego

Nazwisko i imię _____

Data ur. _____ Data badania _____ Adres _____

Wywiad _____

Przebyte choroby _____

I. Wysokość _____ centyle _____ Waga _____ centyle _____

II. Liczba zębów _____

III. Rozwój psychomotoryczny (sprawność ruchowa)

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Czy chodzi biega pewnie, wspina się? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. Czy potrafi bawić się klockami, budować? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. Czy potrafi rozpoznać 2 części ciała? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 4. Czy rozumie i spełnia polecenia? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 5. Czy potrafi łączyć dwa słowa w zdanie? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 6. Czy zgłasza potrzeby fizjologiczne? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 7. Czy potrafi samodzielnie nabierać pokarm i prowadzić do ust? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 8. _____ | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 9. _____ | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

_____ podpis pielęgniarki

IV. Ocena stanu zdrowia – badanie przedmiotowe lekarskie _____

V. Kwalifikacja do grupy dyspenseryjnej _____

VI. Ustalenie programu opieki profilaktycznej, leczniczej i rehabilitacyjnej _____

VII. Zalecenia dla rodziców _____

_____ data i podpis pielęgniarki

wzrost m 37

INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEPIENIA

.....
w dniu.....planowane jest:

1. Szczepienie przeciwko chorobie Heinego-Medina(Poliomyelitis), błonicy i tężcowi, różyczce.....
2. Próba tuberkulinowa, a w przypadku jej ujemnego wyniku - szczepienie przeciwko gruźlicy.

Część A. Wypełniają rodzice ucznia

1. Czy dziecko w ciągu ostatniego miesiąca chorowało?*)NIE TAK jeśli tak,
- proszę podać na jaką chorobę.....
- jakie otrzymywało leki.....
2. Czy dziecko otrzymuje lub otrzymywało w ciągu ostatnich 6 tygodni:
a) inna szczepionkę, w tym odczulającą(przeciwalergiczną*) NIE TAK,
jeśli tak to proszę podać jaką.....
b) gammaglobulinę NIE TAK

*) właściwie podkreślić
Pracownia Styl:134344352

3. Czy u dziecka po poprzednich szczepieniach wystąpiła wysypka lub inne dolegliwości*) NIE TAK jeśli tak, proszę podać:

- kiedy.....
- po jakiej szczepiace.....
- jakie dolegliwości.....

4. Ewentualne uwagi rodziców(opiekunów).....
.....

.....
data

.....
podpis matki lub ojca(opiekuna)

Część B. Kwalifikacja lekarska (wypełnia lekarz po zbadaniu dziecka i zapoznaniu się z dokumentacją medyczną ucznia.

Stwierdzam, że: 1. Ucznia można szczepić.

2. Szczepienie jest przeciwwskazane.....
.....

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza

właściwie podkreślić

pieczętka zakładu przekazującego

PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA KART UODPORNIEŃ

zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia
z dnia 21 marca 2007 roku
zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad
dziećmi i młodzieżą

Nazwa i adres placówki przekazującej:

.....
.....

Nazwa i adres placówki przyjmującej:

.....
.....

Liczba zbiorcza przekazanych kart:

LP.	PESEL	IMIE	NAZWISKO UCZNIĄ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Podpis i pieczętka osoby przekazującej

Podpis i pieczętka osoby przyjmującej