



Stowarzyszenie Wspierania Burs i Internatów „ADEPT”
53-426 Wrocław
ul. Jemiołowa 46/48

Bursa zwraca, się z prośbą o wypełnienie niżej zamieszczonego druku. Informacje te mogą być niezbędne do udzielenia pomocy uczniemu/uczniowi w razie pogorszenia stanu zdrowia. Niewypełnienie karty może spowodować opóźnienie udzielenia pomocy lekarskiej do chwili przyjazdu opiekuna prawnego. Zobowiązujemy się, że zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, uzyskane dane nie będą wykorzystane do innych celów.

INDYWIDUALNA KARTA WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO

DO WIADOMOŚCI LEKARZA/ RATOWNIKA MEDYCZNEGO

.....
Imię i nazwisko ucznia/uczennicy (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Data i miejsce urodzenia.....PESEL.....

Kod pocztowy Poczta Miejscowość.....

Ul. nr domu / mieszkania

Numer telefonu komórkowego/domowego

Przebyte choroby:

Przebyte urazy:

Przebyte operacje:

1. Czy uczeń choruje na: padaczkę **tak / nie***, cukrzycę **tak/ nie***, astmę **tak / nie***, choroby serca **tak / nie*** lub inną poważną chorobę **tak/nie*** (jaką?)
2. Czy uczeń ma alergię: **tak / nie**. Na co jest uczulony:
3. Czy występują zaburzenia odżywiania: **tak/nie***(jakie?).....
4. Czy występują problemy psychiczne, emocjonalne: **tak/nie***(jakie?).....
5. Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej: **tak /nie***(z jakiego powodu?).....
6. Czy w Państwa rodzinie występują choroby przewlekłe: cukrzyca **tak / nie***, nadciśnienie tętnicze krwi **tak / nie**, choroby nowotworowe **tak / nie***, inne
7. Czy uczeń bierze stałe leki? **tak / nie***, (jakie?)
8. Czy po jakimś leku wystąpiła reakcja uczuleniowa? **tak / nie***. Proszę opisać

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego ucznia/uczennicy

*niepotrzebne skreślić

UWAGA! W celu uzyskania doraźnej opieki medycznej **pełnoletni** wychowanek może skorzystać z opieki zdrowotnej na terenie NZOZ CUM „Proximum” Sp. z o.o., ul. Żelazna 34. Uczeń niepełnoletni może udać się do przychodni jedynie pod opieką rodziców.



Stowarzyszenie Wspierania Burs i Internatów „ADEPT”
53-426 Wrocław
ul. Jemiołowa 46/48

Zgodnie z obowiązującą w placówce procedurą, w przypadku nagłej choroby dziecka lub wypadku, będziecie Państwo o tym fakcie informowani telefonicznie na numer (proszę wpisać).....

Jeżeli zajdzie taka konieczność, w celu uzyskania niezbędnej pomocy medycznej, dziecko pod opieką pracownika placówki zostanie przewiezione na pogotowie, uda się na wizytę lekarską do właściwego szpitalnego oddziału ratunkowego czy jednostki nocnej i świątecznej opieki medycznej lub zostanie wezwane pogotowie ratunkowe do dziecka w placówce. W tym celu, prosimy o upoważnienie placówki do reprezentowania prawnego opiekuna w czasie tych działań.

Na podstawie art. 29 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych – dalej **RODO (GDPR)**, niniejszym informujemy, że:

- powyższy dokument w całości wypełnia prawny opiekun dziecka,
- dokument przechowywany jest w siedzibie Stowarzyszenia w zamkniętej kopercie i wydawany jest upoważnionemu opiekunowi na czas pomocy medycznej,
- informacje zawarte w „Karcie wywiadu środowiskowego” są niezbędne do właściwego udzielenia porady lekarskiej, natomiast **konieczność posiadania upoważnienia wynika z przepisów prawnych**,
- dokument należy wypełnić **tylko wtedy**, gdy wyrażacie Państwo zgodę na udzielenie pomocy medycznej niepełnoletniemu dziecku podczas pobytu w placówce,
- dane zawarte w dokumencie są niejawnymi, udostępniane będą do wglądu lekarzowi, przechowywane będą w 1 egzemplarzu, nie będą utrwalane, kopiowane, zmieniane przez Stowarzyszenie.

UWAGA! Chory wychowanek musi wyjechać (zostać zabrany) do domu i tam wracać do zdrowia.

UPOWAŻNIENIE *

Ja, niżej podpisany/-a ,
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna)

..... ,
(adres)

legitymujący się dowodem osobistym seria nrwydany przez

.....

UPOWAŻNIAM

pracownika Bursy Szkolnej Stowarzyszenia „ADEPT”,

posiadającego powyższy dokument, do reprezentowania mnie w charakterze

opiekuna w czasie wizyt i porad lekarskich,
(imię i nazwisko dziecka)

udzielania standardowej pomocy medycznej, nieinwazyjnych badań diagnostycznych.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego ucznia/uczennicy

* dotyczy uczniów nieletnich

/ VERTE /