

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>MINISTERSTWO ZDROWIA</b><br>CENTRUM e- ZDROWIA |  |  |
| Nazwa i adres podmiotu leczniczego                | <b>MZ-06</b><br><br><b>Sprawozdanie<br/>z realizacji opieki zdrowotnej nad<br/>uczniami w szkołach</b>   | Nazwa i adres zakładu podmiotu<br>leczniczego/praktyki zawodowej                           |
| Numer księgi rejestrowej podmiotu<br>leczniczego  |  | REGON zakładu podmiotu leczniczego/praktyki<br>zawodowej                                   |
| REGON podmiotu leczniczego<br>(9-znakowy)         | <b>Przekazać za pomocą portalu<br/><a href="https://ssoz.ezdrowie.gov.pl">https://ssoz.ezdrowie.gov.pl</a><br/>w terminie składania sprawozdań zgodnie z<br/>PBSSP 2020</b><br>(z danymi za rok szkolny 2020/2021) | TERYT zakładu podmiotu leczniczego/praktyki<br>zawodowej                                   |
| TERYT podmiotu leczniczego                        |  | Rodzaj działalności leczniczej<br>(część VI sytemu resortowych kodów<br>identyfikacyjnych) |

*Wypełniać tylko w przypadku sporządzania sprawozdania oddzielnie dla każdej jednostki organizacyjnej*

|                                |   |                                |
|--------------------------------|---|--------------------------------|
| Nazwa jednostki organizacyjnej | Kod resortowy identyfikujący jednostkę<br>organizacyjną<br>(część V systemu resortowych kodów<br>identyfikacyjnych) | TERYT jednostki organizacyjnej |
|--------------------------------|---|--------------------------------|

**Uwaga!** Sprawozdanie należy przekazać w postaci elektronicznej, wypełniając je po zalogowaniu się na stronie <https://ssoz.ezdrowie.gov.pl>

### Dział 1. Dane ogólne

|                      |       |
|----------------------|-------|
| REGON szkoły         | TERYT |
| Nazwa i adres szkoły |       |

*Odpowiednie zaznaczyć*

#### Rodzaj szkoły

- 1 podstawowa  
2 liceum  
3 technikum i branżowa II stopnia  
4 branżowa I stopnia  
5 szkoła specjalna

☐  
☐  
☐  
☐  
☐

#### Miejsce położenia

- 1 miasto  
2 wieś

☐  
☐

#### Szkoła

- 1 publiczna  
2 niepubliczna

☐  
☐

### Miejsce realizacji świadczeń (zaznaczyć jedno pole)

|   |    |  |
|---|----|--|
| Gabinet profilaktyki zdrowotnej w szkole  | 01 |  |
| Gabinet profilaktyki zdrowotnej w budynku należącym do innej szkoły (w zespole szkół) | 02 |  |
| Gabinet poza szkołą   | 03 |  |
| Inne pomieszczenie w szkole nie będące gabinetem profilaktyki zdrowotnej              | 04 |  |

### Dział 2. Sposób zapewnienia opieki

**Uwaga!** Wiersze dotyczące kolejnych pielęgniarek, lub higienistek należy wypełnić tylko w przypadku ich występowania.

| UCZNIOWIE   |    |   |
|---|----|---|
| Liczba uczniów ogółem   | 01 |   |
| w tym niepełnosprawnych   | 02 |   |
| PIELĘGNIARKI  |    |   |
| Nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki                                |    | Liczba godzin pracy pielęgniarki w szkole (w tygodniu)                        |
|   | 03 |   |
| Nr prawa wykonywania zawodu drugiej pielęgniarki <sup>1)</sup>          |    | Liczba godzin pracy drugiej pielęgniarki w szkole (w tygodniu) <sup>1)</sup>  |
|   | 04 |   |
| Nr prawa wykonywania zawodu trzeciej pielęgniarki <sup>1)</sup>         |    | Liczba godzin pracy trzeciej pielęgniarki w szkole (w tygodniu) <sup>1)</sup> |
|   | 05 |   |
| Nr prawa wykonywania zawodu czwartej pielęgniarki <sup>1)</sup>         |    | Liczba godzin pracy czwartej pielęgniarki w szkole (w tygodniu) <sup>1)</sup> |
|   | 06 |   |
| HIGIENISTKI SZKOLNE   |    |   |
| Nr prawa wykonywania zawodu higienistki szkolnej                        |    | Liczba godzin pracy higienistki w szkole (w tygodniu)                         |
|   | 07 |   |
| Nr prawa wykonywania zawodu drugiej higienistki szkolnej <sup>2)</sup>  |    | Liczba godzin pracy drugiej higienistki w szkole (w tygodniu) <sup>2)</sup>   |
|   | 08 |   |
| Nr prawa wykonywania zawodu trzeciej higienistki szkolnej <sup>2)</sup> |    | Liczba godzin pracy trzeciej higienistki w szkole (w tygodniu) <sup>2)</sup>  |
|   | 09 |   |
| Nr prawa wykonywania zawodu czwartej higienistki szkolnej <sup>2)</sup> |    | Liczba godzin pracy czwartej higienistki w szkole (w tygodniu) <sup>2)</sup>  |
|   | 10 |   |

<sup>1)</sup> Podać nr. wykonywania zawodu pielęgniarki/ek opiekujących się uczniami w dniu zakończenia roku szkolnego.

<sup>2)</sup> Podać nr. wykonywania zawodu higienistki/ek szkolnych opiekujących się uczniami w dniu zakończenia roku szkolnego.

**Dział 3. Zakres opieki realizowanej w szkole**

| Wyszczególnienie   |    | Liczba uczniów | Liczba porad |
|--|----|----------------|--------------|
| 0  |    | 1              | 2            |
| Liczba uczniów objętych profilaktyką fluorkową metodą nadzorowanego szczotkowania zębów                    | 01 |                | x            |
| Liczba uczniów objętych edukacją w zakresie zdrowia jamy ustnej  | 02 |                | x            |
| Udział pielęgniarki w realizacji szkolnego programu edukacji zdrowotnej /liczba uczniów objętych programem | 03 |                | x            |
| Liczba udzielonych porad w ramach opieki czynnej   | 04 |                |              |
| Liczba uczniów u których wykonywano zabiegi i procedury lecznicze w trakcie pobytu w szkole                | 05 |                |              |
| Liczba udzielonych porad w przypadkach nagłych zachorowań i urazów   | 06 |                |              |
| Liczba udzielonych porad w związku z diagnozowaniem zjawiska przemocy (w tym przemocy rówieśniczej)        | 07 |                |              |

**Dział 4. Wykonanie testów przesiewowych**

| Klasa  |    | Liczba uczniów podlegających testom przesiewowym | Liczba uczniów, u których wykonano testy przesiewowe |             |
|--|----|--|--|-------------|
|  |    |  | na terenie szkoły                                    | poza szkołą |
| 0  |    | 1  | 2  | 3           |
| Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne        | 01 |  |  |             |
| Klasa III szkoły podstawowej                         | 02 |  |  |             |
| Klasa V szkoły podstawowej                           | 03 |  |  |             |
| Klasa VII szkoły podstawowej                         | 04 |  |  |             |
| Klasa I szkoły ponadpodstawowej                      | 05 |  |  |             |
| 19 rok życia - uczeń kończący szkołę ponadpodstawową | 06 |  |  |             |

**Dział 5. Profilaktyczne badanie lekarskie**

| Klasa  |    | Liczba uczniów podlegających badaniu | Liczba zbadanych uczniów <sup>1/</sup> |
|--|----|--------------------------------------|--|
| 0  |    | 1                                    | 2                                      |
| Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne        | 01 |                                      |  |
| Klasa III szkoły podstawowej                         | 02 |                                      |  |
| Klasa VII szkoły podstawowej                         | 03 |                                      |  |
| Klasa I szkoły ponadpodstawowej                      | 04 |                                      |  |
| 19 rok życia - uczeń kończący szkołę ponadpodstawową | 05 |                                      |  |

<sup>1/</sup> na podstawie zwróconych kart badania profilaktycznego wypełnionych przez lekarza poz.

**Dział 6. Opieka stomatologiczna****Miejsce realizacji świadczeń stomatologicznych** (zaznaczyć jedno pole)

Uwaga! Właściwą odpowiedź zaznaczyć po uzyskaniu informacji od dyrektora szkoły, w oparciu o umowę zawartą zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami.

|  |    |  |
|--|----|--|
| Gabinet stomatologiczny w szkole                     | 01 |  |
| Gabinet stomatologiczny w podmiocie leczniczym       | 02 |  |
| Dentobus   | 03 |  |
| Brak umowy na realizację świadczeń stomatologicznych | 04 |  |

.....  
Imię, nazwisko  
numer telefonu do osoby,  
która sporządziła sprawozdanie

.....  
(miejscowość i data)

.....  
Imię i nazwisko osoby działającej  
w imieniu sprawozdawcy