

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

Wypełniać tylko w przypadku sporządzania sprawozdania oddzielnie dla każdej jednostki organizacyjnej

Nazwa jednostki organizacyjnej	Kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną (część V systemu resortowych kodów 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 ¹⁾		Liczba godzin pracy drugiej pielęgniarki w szkole (w tygodniu) ¹⁾
	04	
Nr prawa wykonywania zawodu trzeciej pielęgniarki ¹⁾		Liczba godzin pracy trzeciej pielęgniarki w szkole (w tygodniu) ¹⁾
	05	
Nr prawa wykonywania zawodu czwartej pielęgniarki ¹⁾		Liczba godzin pracy czwartej pielęgniarki w szkole (w tygodniu) ¹⁾
	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 ²⁾		Liczba godzin pracy drugiej higienistki w szkole (w tygodniu) ²⁾
	08	
Nr prawa wykonywania zawodu trzeciej higienistki szkolnej ²⁾		Liczba godzin pracy trzeciej higienistki w szkole (w tygodniu) ²⁾
	09	
Nr prawa wykonywania zawodu czwartej higienistki szkolnej ²⁾		Liczba godzin pracy czwartej higienistki w szkole (w tygodniu) ²⁾
	10	

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

²⁾ 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 (należy uzupełnić tylko wtedy, gdy zostały wykonane min. 4 zabiegi)	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			
Ostatnia klasa szkoły ponadpodstawowej, do ukończenia 19 roku życia	06			

Dział 5. Profilaktyczne badanie lekarskie

Klasa		Liczba uczniów podlegających badaniu	Liczba zbadanych uczniów ^{1/}
0		1	2
Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne	01		
Klasa III szkoły podstawowej	02		
Klasa VII szkoły podstawowej	03		
Klasa I szkoły ponadpodstawowej	04		
Ostatnia klasa szkoły ponadpodstawowej, do ukończenia 19 roku życia	05		

^{1/} 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