

MINISTERSTWO ZDROWIA CENTRUM SYTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA		
Nazwa i adres podmiotu leczniczego	MZ-06 Sprawozdanie z realizacji profilaktycznej 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 2018 (z danymi za rok 2018/2019)	TERYT zakładu podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
TERYT podmiotu leczniczego		Rodzaj działalności leczniczej (część VI systemu 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>

Uwaga dotycząca wypełniania sprawozdania za rok szkolny 2018/2019

W związku z włączeniem szkół typu „Gimnazjum” do szkół typu „Podstawowa”, lub „Liceum” w przypadku występowania klasy gimnazjalnej w w/w rodzajach szkół, jednostka sprawozdawcza powinna złożyć dwa oddzielne sprawozdania pod jednym REGON-em szkoły, jedno z poziomu gimnazjum, natomiast drugie z poziomu szkoły podstawowej, lub liceum. Jeśli zdarzy się sytuacja, że gimnazjum ma oddzielny REGON niż szkoła w strukturze której się znajduje, to takie sprawozdanie również powinno zostać złożone jako oddzielne.

Dział 1. Dane ogólne.

REGON szkoły	TERYT
Nazwa i adres szkoły	

Odpowiednie zaznaczyć

Rodzaj szkoły

- 1 podstawowa
- 2 gimnazjum
- 3 liceum
- 4 technikum w tym 4 letnie szkoły
zawodowe
- 5 zasadnicza szkoła zawodowa
- 6 szkoła specjalna

Miejsce położenia

- 1 miasto
- 2 wieś
- Szkoła**
- 1 publiczna
- 2 niepubliczna

Miejsce realizacji świadczeń (zaznaczyć jedno pole)

- Gabinet profilaktyki zdrowotnej w szkole
- Gabinet profilaktyki zdrowotnej w budynku należący do innej szkoły (w zespole szkół)
- Gabinet profilaktyki zdrowotnej poza szkołą
- Inne pomieszczenie niż gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej

Dział 2. Sposób zapewnienia opieki

UCZNIOWIE		
Liczba uczniów ogółem	01	
w tym niepełnosprawnych	02	
PIELĘGNIARKI		
Nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/ek ¹	03	
Liczba godzin pracy pielęgniarki/ek w szkole (w tygodniu)	04	
HIGIENISTKI SZKOLNE		
Nr. dyplomu higienistki szkolnej/ek	05	
Liczba godzin pracy higienistki/ek w szkole (w tygodniu)	06	

Dział 3. Zakres opieki realizowanej w szkole

Wyszczególnienie		Liczba uczniów	Liczba porad
<i>0</i>		<i>1</i>	<i>2</i>
Liczba uczniów objętych profilaktyką fluorkową metodą nadzorowanego szczotkowania zębów	01		
Liczba uczniów objętych edukacją w zakresie zdrowia jamy ustnej	02		
Udział pielęgniarki w realizacji szkolnego programu edukacji zdrowotnej /liczba uczniów objętych programem	03		
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	06		
Liczba udzielonych porad w związku z diagnozowaniem zjawiska przemocy (w tym przemocy rówieśniczej)	07		

Dział 4. Wykonanie testów przesiewowych

Liczba uczniów podlegających testom przesiewowym	Liczba uczniów, u których wykonano testy przesiewowe	
	na terenie szkoły	poza szkołą
1	2	3

¹ Podać nr. wykonywania zawodu pielęgniarek opiekujących się uczniami w dniu zakończenia roku szkolnego.

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 ponadgimnazjalnej	04		
Ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej	05		

^{1/} na podstawie zwróconych kart badania profilaktycznego wypełnionych przez lekarza poz.

Imię, nazwisko i telefon osoby,
która sporządziła sprawozdanie
.....

.....
(miejsowość i data)

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