

OBOWIĄZUJE OD 01-08-2020 R.

NAZWA ŚWIADCZENIODAWCY:.....

.....
pieczęcie gabinetów szkolnych

		NAZWA PLACÓWKI NAUCZANIA I WYCHOWANIA:						
Lp.	RODZAJ ŚWIADCZENIA							
1	Liczba podopiecznych							
2	Testy przesiewowe	liczba testów przesiewowych wykonanych w okresie sprawozdawczym w rocznikach określonych dla bilansów zdrowia						
3		liczba testów przesiewowych w pozostałych rocznikach wykonanych w okresie sprawozdawczym						
4		liczba uczniów , u których wykonane były w okresie sprawozdawczym testy przesiewowe						
5	Świadczenia lecznicze	liczba świadczeń leczniczych i zabiegów wykonanych w okresie sprawozdawczym na podstawie zleceń lekarskich u uczniów z chorobami przewlekłymi						
6		liczba uczniów z chorobami przewlekłymi , u których w okresie sprawozdawczym wykonywane były na podstawie zleceń lekarskich zabiegi i świadczenia lecznicze						
7	liczba uczniów klas I-VI, którym w okresie sprawozdawczym wykonano grupową profilaktyką fluorkową							
8	liczba wykonanych w okresie sprawozdawczym i udokumentowanych innych świadczeń profilaktycznych (edukacja do badań bilansowych, promocja zdrowia, edukacja zdrowotna, fluoryzacja w klasach „0”, przeglądy czystości, udział w zebraniach rodziców, radach pedagogicznych, przeglądy sanitarno – techniczne szkoły, itp.)							
9	liczba świadczeń pomocy doraźnej udzielonych uczniom w okresie sprawozdawczym							

Data:.....

Pieczęć i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie: