

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

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	645
2 liceum	108
3 technikum i branżowa II stopnia	108
4 branżowa I stopnia	82
5 szkoła specjalna	42

Miejsce położenia

1 miasto	529
2 wieś	456
Szkoła	
1 publiczna	894
2 niepubliczna	91

Miejsce realizacji świadczeń (zaznaczyć jedno pole)

Gabinet profilaktyki zdrowotnej w szkole	01	571
Gabinet profilaktyki zdrowotnej w budynku należącym do innej szkoły (w zespole szkół)	02	122
Gabinet poza szkołą	03	82
Inne pomieszczenie w szkole nie będące gabinetem profilaktyki zdrowotnej	04	210

Dział 2. Sposób zapewnienia opieki

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

UCZNIOWIE		
Liczba uczniów ogółem	01	252 820
w tym niepełnosprawnych	02	10 614
PIELĘGNIARKI		
Nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki	Liczba godzin pracy pielęgniarki w szkole (w tygodniu)	
HIGIENISTKI SZKOLNE		
Nr prawa wykonywania zawodu higienistki szkolnej	Liczba godzin pracy higienistki w szkole (w tygodniu)	

- 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 szczerkowania zębów	01	5 496	x
Liczba uczniów objętych edukacją w zakresie zdrowia jamy ustnej	02	79 100	x
Udział pielęgniarki w realizacji szkolnego programu edukacji zdrowotnej /liczba uczniów objętych programem	03	145 078	x
Liczba udzielonych porad w ramach opieki czynnej	04	19 381	44 108
Liczba uczniów u których wykonywano zabiegi i procedury lecznicze w trakcie pobytu w szkole	05	887	28 111
Liczba udzielonych porad w przypadkach nagłych zachorowań i urazów	06	41 596	77 177
Liczba udzielonych porad w związku z diagnozowaniem zjawiska przemocy (w tym przemocy rówieśniczej)	07	166	575

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	15 057	12 472	1 343
Klasa III szkoły podstawowej	02	19 529	16 551	983
Klasa V szkoły podstawowej	03	11 513	7 453	611
Klasa VII szkoły podstawowej	04	26 333	18 140	1 509
Klasa I szkoły ponadpodstawowej	05	20 005	12 485	203
Ostatnia klasa szkoły ponadpodstawowej, do ukończenia 19 roku życia	06	16 360	5 328	78

Dział 5. Profilaktyczne badanie lekarskie

Klasa		Liczba uczniów podlegających badaniu	Liczba zbadanych uczniów ^{1/}
0		1	2
Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne	01	15 057	10 296
Klasa III szkoły podstawowej	02	19 529	12 102
Klasa VII szkoły podstawowej	03	26 333	10 072
Klasa I szkoły ponadpodstawowej	04	20 005	3 990
Ostatnia klasa szkoły ponadpodstawowej, do ukończenia 19 roku życia	05	16 360	2 819

^{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	94
Gabinet stomatologiczny w podmiocie leczniczym	02	345
Dentobus	03	23
Brak umowy na realizację świadczeń stomatologicznych	04	523

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

.....
(miejsowość i data)

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