

## Wójt Gminy Pomiechówek

ul. Szkolna 1a, 05-180 Pomiechówek  
tel. 22 765 27 24, fax: 22 765 27 10  
urząd@pomiechówek.pl  
www.pomiechówek.pl



S.4424.8.2019

Pomiechówek, 5 grudnia 2019 roku

Dyrektorzy Placówek Oświatowych  
z terenu gminy Pomiechówek

*Szanowni Państwo,*

Informuję, że Wójt Gminy Pomiechówek zawarł porozumienie na udzielanie świadczeń stomatologicznych dla uczniów uczęszczających do placówek oświatowych w gminie Pomiechówek, w roku szkolnym 2019/2020.

Porozumienie zostało zawarte pomiędzy Wójtem Gminy Pomiechówek a Dyrektorem Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Pomiechówku.

Opieka zdrowotna nad uczniami w zakresie świadczeń stomatologicznych finansowana jest ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie świadczeń stomatologicznych uczniom do ukończenia 19. roku życia oraz współpraca z pielęgniarką albo higienistką szkolną oraz dyrektorem szkoły w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jamy ustnej oraz profilaktyki próchnicy zębów u uczniów.

Świadczenia zdrowotne, zgodne z potrzebami leczniczymi uczniów, wykonywane będą w gabinecie stomatologicznym zlokalizowanym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Pomiechówku przy ulicy Słonecznej 51.

Z leczenia stomatologicznego uczniowie korzystają poza kolejnością przyjęć, która wynika z prowadzonej listy oczekujących w terminie nie dłuższym niż 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia. Za organizację wizyt na badania profilaktyczne w grupach oraz bezpieczeństwo uczniów podczas przewozu do gabinetu stomatologicznego odpowiada dyrektor szkoły.

Wykonanie świadczeń w gabinecie stomatologicznym bez obecności rodziców lub opiekunów małoletniego ucznia, wymaga dostarczenia pisemnej zgody rodziców lub opiekunów.

Wzór pisemnej zgody określa załącznik nr 1.

Zwracam się o udostępnienie przedmiotowej informacji rodzicom i uczniom kierowanej przez Państwa szkoły oraz o podjęcie organizacji wizyt na badania profilaktyczne.

WÓJT GMINY POMIECHÓWEK

Dariusz Bielecki

**Zgoda na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia  
medycznego bez obecności rodziców lub prawnych opiekunów pacjenta  
małoletniego**

Pomiechówek, dnia .....

Ja, niżej podpisany(a) .....,  
(nazwisko i imię rodzica / opiekuna)  
zam. w .....  
przy ul .....  
występujący jako przedstawiciel ustawowy / opiekun \*) małoletniego oświadczam, że wyrażam  
zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej w Pomiechówku w gabinecie stomatologicznym  
małoletniemu: .....  
(nazwisko i imię małoletniego)

Pesel: ..... urodzonego dnia ..... w .....  
bez obecności rodzica / opiekuna prawnego / opiekuna faktycznego \*) ww. pacjenta  
małoletniego.

Zgoda obejmuje: badanie lekarskie – ..... (np. profilaktyczne)  
w dniu ....., w okresie od dnia ..... do dnia .....

Równocześnie oświadczam, że jestem w pełni świadomy(a) że:

- obowiązek nadzoru oraz zapewnienia bezpieczeństwa małoletniemu spoczywa na podmiocie leczniczym wyłącznie w czasie udzielania świadczeń,
- w pozostałym czasie odpowiedzialność za zaniedbania w nadzorze i za zachowanie małoletniego, na zasadzie winy w nadzorze odpowiada osoba zobowiązana przez podmiot zapewniającymi warunki organizacyjne opieki zdrowotnej nad uczniami (dyrektor szkoły oraz organ prowadzący szkołę).

Niniejsza zgoda jest ważna aż do jej pisemnego odwołania.

.....  
(data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

\*) niepotrzebne skreślić

