

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 2021 (z danymi za rok szkolny 2021/2022)	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! Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 o statystyce publicznej (Dz. U.2021 poz.955).

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 należący 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	
liczba uczniów, których rodzice nie wyrazili zgody na opiekę pielęgniarki szkolnej (lub wyrazili sprzeciw)	03	
w tym niepełnosprawnych	04	
PIELĘGNIARKI		
Nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki ¹	05	Liczba godzin pracy pielęgniarki w szkole (w tygodniu)
Nr prawa wykonywania zawodu drugiej pielęgniarki ¹	06	Liczba godzin pracy drugiej pielęgniarki w szkole (w tygodniu)
Nr prawa wykonywania zawodu trzeciej pielęgniarki ¹	07	Liczba godzin pracy trzeciej pielęgniarki w szkole (w tygodniu)
Nr prawa wykonywania zawodu czwartej pielęgniarki ¹	08	Liczba godzin pracy czwartej pielęgniarki w szkole (w tygodniu)
Nr prawa wykonywania zawodu piątej pielęgniarki ¹	09	Liczba godzin pracy piątej pielęgniarki w szkole (w tygodniu)
Nr prawa wykonywania zawodu szóstej pielęgniarki ¹	10	Liczba godzin pracy szóstej pielęgniarki w szkole (w tygodniu)

¹ Podać nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki opiekującej się uczniami w dniu zakończenia roku szkolnego

HIGIENISTKI SZKOLNE		
Nr dyplomu higienistki szkolnej ²	11	Liczba godzin pracy higienistki w szkole (w tygodniu)
Nr dyplomu drugiej higienistki szkolnej ²	12	Liczba godzin pracy drugiej higienistki w szkole (w tygodniu)
Nr dyplomu trzeciej higienistki szkolnej ²	13	Liczba godzin pracy trzeciej higienistki w szkole (w tygodniu)
Nr dyplomu czwartej higienistki szkolnej ²	14	Liczba godzin pracy czwartej higienistki w szkole (w tygodniu)
Nr dyplomu piątej higienistki szkolnej ²	15	Liczba godzin pracy piątej higienistki w szkole (w tygodniu)
Nr dyplomu szóstej higienistki szkolnej ²	16	Liczba godzin pracy szóstej higienistki w szkole (w tygodniu)

Dział 3. Zakres opieki realizowanej w szkole

Wyszczególnienie		Liczba uczniów	Liczba porad
0		1	2
Liczba udzielonych porad w ramach opieki czynnej	01		
Liczba uczniów, u których wykonywano zabiegi i procedury lecznicze w trakcie pobytu w szkole	02		
Liczba udzielonych porad w przypadkach nagłych zachorowań i urazów	03		
Liczba udzielonych porad w związku z diagnozowaniem zjawiska przemocy (w tym przemocy rówieśniczej)	04		
Udział pielęgniarki w realizacji szkolnego programu edukacji zdrowotnej /liczba uczniów objętych programem	05		
Liczba uczniów objętych edukacją w zakresie zdrowia jamy ustnej	06		

Dział 3A. Realizacja profilaktyki fluorkowej

Klasa		Liczba uczniów podlegających profilaktyce fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów	Liczba uczniów, u których wykonano profilaktykę fluorkową metodą nadzorowanego szczotkowania zębów (należy uzupełnić tylko wtedy, gdy zostały wykonane min. 4 zabiegi)
0		1	2
Klasa I	01		
Klasa II	02		
Klasa III	03		
Klasa IV	04		
Klasa V	05		
Klasa VI	06		

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			

² Podać nr dyplomu higienistki szkolnej opiekującej się uczniami w dniu zakończenia roku szkolnego.

Dział 5. Profilaktyczne badanie lekarskie

Klasa		Liczba uczniów podlegających badaniu	Liczba zbadanych uczniów ³
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		

³ na podstawie zwróconych kart badania profilaktycznego wypełnionych przez lekarza POZ.

Dział 6. Opieka stomatologiczna**Miejsce realizacji świadczeń stomatologicznych (zaznaczyć jedno pole)**

Gabinet stomatologiczny w szkole	01	
Gabinet profilaktyki zdrowotnej w budynku należący do innej szkoły (w zespole szkół)	02	
Gabinet stomatologiczny w podmiocie leczniczym	03	
Dentobus	04	
Brak umowy na realizację świadczeń stomatologicznych	05	

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

.....
Numer telefonu do osoby,
która sporządziła sprawozdanie

.....
Email osoby sporządzającej
sprawozdanie

.....
Miejscowość i data