

<b>MINISTERSTWO ZDROWIA</b> CENTRUM e- ZDROWIA		
Nazwa i adres podmiotu leczniczego	<b>MZ-06</b>	Nazwa i adres zakładu podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
Numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego		REGON zakładu podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
REGON podmiotu leczniczego (9-znakowy)	<b>Przekazać za pomocą portalu <a href="https://ssoz.ezdrowie.gov.pl">https://ssoz.ezdrowie.gov.pl</a> w terminie składania sprawozdań zgodnie z PBSSP 2021</b> (z danymi za rok szkolny 2021/2022)	TERYT zakładu podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
TERYT podmiotu leczniczego		Rodzaj działalności leczniczej (część VI sytemu resortowych kodów identyfikacyjnych)

*Wypełnić 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
- 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

<b>UCZNIOWIE</b>		
Liczba uczniów ogółem	01	
w tym niepełnosprawnych	02	
<b>PIELĘGNIARKI</b>		
Nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/ek <sup>1</sup>	03	
Liczba godzin pracy pielęgniarki/ek w szkole (w tygodniu)	04	
<b>HIGIENISTKI SZKOLNE</b>		
Nr dyplomu higienistki szkolnej/ek <sup>2</sup>	05	
Liczba godzin pracy higienistki/ek w szkole (w tygodniu)	06	

<sup>1</sup> Podać nr. wykonywania zawodu pielęgniarki/ek opiekujących się uczniami w dniu zakończenia roku szkolnego.

<sup>2</sup> Podać nr. dyplomu 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 szczotkowania zębów	01		x
Liczba uczniów objętych edukacją w zakresie zdrowia jamy ustnej	02		x
Udział pielęgniarki w realizacji szkolnego programu edukacji zdrowotnej /liczba uczniów objętych programem	03		x
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 zachorowań i urazów	06		
Liczba udzielonych porad w związku z diagnozowaniem zjawiska przemocy (w tym przemocy rówieśniczej)	07		

**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			
19 rok życia - uczeń kończący szkołę ponadpodstawową	06			

**Dział 5. Profilaktyczne badanie lekarskie<sup>2/</sup>**

Klasa		Liczba uczniów podlegających badaniu	Liczba zbadanych uczniów <sup>1/</sup>
0		1	2
Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne	01		
Klasa III szkoły podstawowej	02		
Klasa VII szkoły podstawowej	03		
Klasa I szkoły ponadpodstawowej	04		
19 rok życia - uczeń kończący szkołę ponadpodstawową	05		

<sup>2/</sup> 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 stomatologiczny w podmiocie leczniczym	02	
Dentobus	03	
Brak umowy na realizację świadczeń stomatologicznych	04	

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

.....  
(miejsowość i data)

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