

MINISTERSTWO ZDROWIA CENTRUM SYTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY 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 2018 (z danymi za rok 2018/2019)</b>	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! 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 gimnazjum
- 3 liceum
- 4 technikum w tym 4 letnie szkoły zawodowe
- 5 zasadnicza szkoła zawodowa
- 6 szkoła specjalna

#### Miejsce położenia

- 1 miasto
- 2 wieś
- #### Szkoła
- 1 publiczna
- 2 niepubliczna

#### Miejsce realizacji świadczeń (zaznaczyć jedno pole)

- Gabinet profilaktyki zdrowotnej w szkole
- Gabinet profilaktyki zdrowotnej w budynku należącej do innej szkoły (w zespole szkół)
- Gabinet profilaktyki zdrowotnej poza szkołą

### Dział 2. Sposób zapewnienia opieki

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

<sup>1</sup> Podać nr. wykonywania zawodu pielęgniarek 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		
Liczba uczniów objętych edukacją w zakresie zdrowia jamy ustnej	02		
Udział pielęgniarki w realizacji szkolnego programu edukacji zdrowotnej /liczba uczniów objętych programem	03		
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	06		
Liczba udzielonych porad w związku z diagnozowaniem zjawiska przemocy (w tym przemocy rówieśniczej)	07		

**Dział 4. Wykonanie testów przesiewowych**

Liczba uczniów podlegających testom przesiewowym	Liczba uczniów, u których wykonano testy przesiewowe	
	na terenie szkoły	poza szkołą
1	2	3

**Dział 5. Profilaktyczne badanie lekarskie**

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 ponadgimnazjalnej	04		
Ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej	05		

<sup>1/</sup> na podstawie zwróconych kart badania profilaktycznego wypełnionych przez lekarza poz.

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

.....  
(miejscowość i data)

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