

Załącznik Nr 5  
do Zarządzenia Nr  
Prezydenta Miasta Krakowa  
z dnia

*Prosimy wypełnić poniższą ankietę poprzez uzupełnienie lub zakreślenie:*

**I. Nazwa i adres szkoły:**

.....  
.....  
.....

**II. Gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej**

1. Liczba uczniów ogółem objętych profilaktyczną opieką zdrowotną: .....  
w tym niepełnosprawnych: .....

2. Wskazanie godzin pracy w szkole pielęgniarki szkolnej, w poszczególnych dniach tygodnia:

Poniedziałek: od.....do.....  
Wtorek: od.....do.....  
Środa: od.....do.....  
Czwartek: od.....do.....  
Piątek: od.....do.....  
Razem godzin: ..... minut: .....

3. Nazwa i adres świadczeniodawcy realizującego świadczenia zdrowotne na terenie placówki oświatowej:

.....  
.....

4. Czy na terenie szkoły realizowane są miejskie programy zdrowotne adresowane do dzieci i młodzieży, finansowane z budżetu Gminy Miejskiej Kraków?

TAK NIE

Jeśli TAK, to proszę wpisać odpowiednie dane do poniższej tabeli.

Lp.	Nazwa programu	Liczba uczniów objętych programem	Nazwa podmiotu realizującego program
1.	„Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa”		
2.	INNE *		
3.			

\* Inne np. program profilaktyki astmy i chorób alergicznych, Program profilaktyki wad postawy

**III. Gabinet dentystyczny:**

1. Świadczenia z zakresu profilaktyki stomatologicznej dla uczniów szkoły realizowane są (proszę wskazać):

- a) w gabinecie dentystycznym znajdującym się na terenie szkoły (jeśli TAK, proszę wypełnić część III Sprawozdania);
- b) w gabinecie dentystycznym znajdującym się na terenie innej szkoły;
- c) indywidualnie;
- d) inne:.....

**2. Liczba uczniów objętych profilaktyczną opieką stomatologiczną:**

- a) na terenie szkoły: .....  
w tym niepełnosprawnych: .....  
b) spoza szkoły, objętych opieką na terenie placówki: .....  
w tym niepełnosprawnych: .....

**3. Wskazanie godzin pracy w szkole stomatologa, w poszczególnych dniach tygodnia:**

Poniedziałek: od.....do.....  
Wtorek: od.....do.....  
Środa: od.....do.....  
Czwartek: od.....do.....  
Piątek: od.....do.....  
Razem godzin: ..... minut: .....

**4. Nazwa i adres świadczeniodawcy realizującego świadczenia zdrowotne w zakresie stomatologii na terenie placówki oświatowej:**

.....  
.....

**5. Czy na terenie szkoły realizowane są miejskie programy zdrowotne z zakresu świadczeń stomatologicznych adresowane do dzieci i młodzieży, finansowane z budżetu Gminy Miejskiej Kraków?**

TAK NIE

Jeśli TAK, to proszę wpisać odpowiednie dane do poniższej tabeli.

Lp.	Nazwa programu	Liczba uczniów objętych programem	Nazwa podmiotu realizującego program
1.			
2.			

**IV. Czy na terenie szkoły realizowane są programy profilaktyczne, finansowane z innych źródeł niż budżet Gminy Miejskiej Kraków?**

TAK NIE

Jeśli TAK, to proszę wpisać odpowiednie dane do poniższej tabeli.

Lp.	Nazwa programu	Liczba uczniów objętych programem	Źródło finansowania programu	Nazwa podmiotu realizującego program
1.				
2.				

**V. Inne uwagi dotyczące organizacji opieki zdrowotnej na terenie szkoły:**

.....  
.....  
.....

*Dziękujemy za wypełnienie ankiety!*

.....

data, podpis dyrektora szkoły