

# Zgoda rodziców/opiekunów na udział dziecka w programach zdrowotnych finansowanych przez Miasto Gdańsk



## 1. Prosimy o podanie poniższych informacji:

### DZIECKO:

Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia dziecka:	
Szkoła:	
Klasa:	

### ADRES ZAMIESZKANIA:

Miasto:	Kod:	Dzielnica:
Ul.	Nr domu:	Nr mieszkania:

### RODZICE / OPIEKUNOWIE:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna:	
email:	
Telefon:	

## 2. Prosimy o wypełnienie zgody:

Prosimy o wyrażenie zgody na działania zaznaczone symbolem:

Prosimy o pozostawienie bez podpisu działania zaznaczone symbolem:

Po zapoznaniu się z informacjami dotyczącymi Programu „Zdrowy Uczeń” wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w badaniu przesiewowym organizowanym w szkole przez Ośrodek Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka. Zapoznałem się z informacją o możliwości kontaktu z Realizatorem programu w celu wyjaśnienia wszelkich wątpliwości.

Data ..... podpis .....

Po zapoznaniu się z informacjami dotyczącymi Programu „6-10-14 dla Zdrowia” wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w badaniu przesiewowym organizowanym w szkole przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne. Zapoznałem się z informacją o możliwości kontaktu z Realizatorem programu w celu wyjaśnienia wszelkich wątpliwości.

Data ..... podpis .....

W przypadku wykrycia czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych i kwalifikacji dziecka do objęcia rocznym programem interwencyjnym wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny na podany powyżej numer w celu umówienia terminu wykonania koniecznych (bezpłatnych) badań dodatkowych oraz ustalenia terminu pierwszej wizyty w ramach interdyscyplinarnej interwencji specjalistycznej.

Data ..... podpis .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka zgodnie z Ustawą przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne i Ośrodek Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka wyłącznie na potrzeby realizacji programów zdrowotnych. Jednocześnie oświadczam że jestem uprawniona/y do reprezentowania dziecka (rodzic lub opiekun prawny).

Data ..... podpis .....

### 3. Prosimy o wypełnienie ankiety:

właściwą odpowiedź zaznacz ☒

1.	Jak ocenia Pan/Pani ogólny stan zdrowia dziecka? <input type="checkbox"/> Bardzo dobry <input type="checkbox"/> Dobry <input type="checkbox"/> Dość dobry <input type="checkbox"/> Zły <input type="checkbox"/> Trudno mi ocenić
2.	Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Zaznacz jakie (może być kilka odpowiedzi) <input type="checkbox"/> Choroby ukł. oddechowego <input type="checkbox"/> Choroby ukł. krążenia <input type="checkbox"/> Choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> Choroby ukł. pokarmowego <input type="checkbox"/> Choroby endokrynologiczne <input type="checkbox"/> Inne.....
3.	Czy dziecko pozostaje pod opieką lekarza specjalisty? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Zaznacz jakiego (może być kilka odpowiedzi) <input type="checkbox"/> Alergologa <input type="checkbox"/> Pulmonologa <input type="checkbox"/> Endokrynologa <input type="checkbox"/> Kardiologa <input type="checkbox"/> Nefrologa <input type="checkbox"/> Gastrologa <input type="checkbox"/> Neurologa <input type="checkbox"/> Inny specjalista ..... Z jakiego powodu .....
4.	Jak ocenia Pani/Pan masę ciała dziecka? <input type="checkbox"/> Znaczna niedowaga <input type="checkbox"/> Nieznaczna niedowaga <input type="checkbox"/> Waga prawidłowa <input type="checkbox"/> Nieznaczna nadwaga <input type="checkbox"/> Znaczna nadwaga
5.	Czy w Pani/Pana opinii dziecko prawidłowo się odżywia? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE WIEM
6.	Czy w Pani/Pana opinii dziecko ma wystarczająco dużo ruchu w ciągu dnia? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE WIEM
7.	Jak często dziecko je słodczy, słodkie przekąski? <input type="checkbox"/> Kilka razy dziennie <input type="checkbox"/> Nie więcej niż raz dziennie <input type="checkbox"/> Kilka razy w tygodniu <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu lub rzadziej <input type="checkbox"/> Nie jada słodczy <input type="checkbox"/> Nie wiem
8.	Jak często dziecko je śniadanie w ciągu tygodnia? <input type="checkbox"/> Min. 5 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> Między 3-5 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> Między 1-3 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> Dziecko nie jada śniadań <input type="checkbox"/> Nie wiem
9.	Czy dziecko zazwyczaj dostaje do szkoły (min. 3dni w tygodniu) <input type="checkbox"/> Gotowe drugie śniadanie <input type="checkbox"/> Pieniądze na drugie śniadanie <input type="checkbox"/> Dziecko nie jada w szkole drugiego śniadania <input type="checkbox"/> Nie wiem
10.	Ile godzin dziennie dziecko spędza przed telewizorem i/lub komputerem? (średnio w ciągu tygodnia) <input type="checkbox"/> Więcej niż 3 godz. <input type="checkbox"/> Między 1 a 3 godziny <input type="checkbox"/> Mniej niż 1 godz.
11.	Jak często dziecko w ciągu tygodnia je żywność typu fast-food (np. hot dogi, hamburgery, frytki, kebab, pizza)? <input type="checkbox"/> Min. 5 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> Między 3-5 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> Między 1-3 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> Dziecko nie jada fast-foodów <input type="checkbox"/> Nie wiem
12.	Ile godzin tygodniowo dziecko spędza na aktywnej zabawie, uprawianiu sportu (nie wliczając zajęć w-f)? <input type="checkbox"/> Min. 5 godzin tygodniowo <input type="checkbox"/> Między 3 a 5 godzin <input type="checkbox"/> Między 1 a 3 godziny <input type="checkbox"/> Mniej niż 1 godz. tygodniowo
13.	Czy Państwa dziecko ma trudności z zaśnięciem? <input type="checkbox"/> Nie, nigdy <input type="checkbox"/> Bardzo rzadko <input type="checkbox"/> Tak, 1 x w miesiącu <input type="checkbox"/> Tak, 1-2 x w tygodniu <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> więcej niż 5 x w tygodniu
14.	Czy u członków najbliższej rodziny dziecka występuje nadwaga lub otyłość? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jeśli TAK proszę podać u kogo - <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Ojciec <input type="checkbox"/> Rodzeństwo
15.	Czy u członków najbliższej rodziny dziecka wystąpiły choroby serca (zawał serca, choroby naczyń sercowych)? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jeśli TAK proszę podać u kogo - <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Ojciec <input type="checkbox"/> Rodzeństwo
16.	Czy u członków najbliższej rodziny dziecka wystąpiły udary mózgu? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jeśli TAK proszę podać u kogo - <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Ojciec <input type="checkbox"/> Rodzeństwo
17.	Czy u członków najbliższej rodziny dziecka występuje cukrzyca? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jeśli TAK proszę podać u kogo - <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Ojciec <input type="checkbox"/> Rodzeństwo
18.	Czy u członków najbliższej rodziny dziecka wystąpiły zaburzenia lipidowe (tzw. podwyższony cholesterol)? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jeśli TAK proszę podać u kogo - <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Ojciec <input type="checkbox"/> Rodzeństwo