



ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW NA UDZIAŁ DZIECKA W OGÓLNOPOLSKIM PROGRAMIE PROFILAKTYKI CUKRZYCY I CHORÓB CYWILIZACYJNYCH „POZDRO”

Prosimy o podanie poniższych informacji:

| | | |
|--|-----------------|-----------------------|
| Imię i nazwisko dziecka: | | |
| Data urodzenia: | | |
| Szkoła: | | |
| Klasa: | | |
| Adres zamieszkania: | | |
| Miasto: | Kod: | Dzielnica: |
| Ul. | Nr domu: | Nr mieszkania: |
| Rodzice/opiekunowie | | |
| Imię i nazwisko rodzica/opiekuna: | | |
| E-mail rodzica: | | |
| Telefon rodzica (komórkowy): | | |

Prosimy o wyrażenie zgody na działania zaznaczone symbolem:

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Po zapoznaniu się z informacjami dotyczącymi Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Cukrzycy i Chorób Cywilizacyjnych „PoZdro” wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w badaniu przesiewowym organizowanym w szkole przez Fundację Medicover. Zapoznałem się z informacją o możliwości kontaktu z Realizatorem programu w celu wyjaśnienia wszelkich wątpliwości. |
| | DATA _____ PODPIS _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Wyrażam zgodę na otrzymanie wyniku badania przesiewowego mojego dziecka na adres e-mail rodzica podany powyżej oraz na przekazanie karty badania (wyniki badania przesiewowego) poprzez dyrekcję szkoły lub wychowawcę klasy w formie zamkniętej, adresowanej imiennie koperty. |
| | DATA _____ PODPIS _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | W przypadku wykrycia czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych i kwalifikacji dziecka do objęcia dwuletnim Ogólnopolskim Programem Profilaktyki Cukrzycy i Chorób Cywilizacyjnych „PoZdro”, zgodnie z opisanymi w informatorze zasadami, wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny na podany powyżej numer w celu ustalenia terminu pierwszej wizyty w ramach bezpłatnej, interdyscyplinarnej opieki specjalistycznej. |
| | DATA _____ PODPIS _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | W przypadku zakwalifikowania mojego dziecka do udziału w dwuletnim Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Cukrzycy i Chorób Cywilizacyjnych „PoZdro” wyrażam zgodę na przekazanie danych osobowych mojego dziecka do Medicover celem objęcia opieką medyczną w ramach realizacji Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Cukrzycy i Chorób Cywilizacyjnych „PoZdro”. |
| | DATA _____ PODPIS _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka zgodnie z Ustawą przez Fundację Medicover wyłącznie na potrzeby realizacji programów zdrowotnych. Jednocześnie oświadczam, że jestem uprawniona/-y do prawnego reprezentowania dziecka (rodzic lub opiekun prawny). |
| | DATA _____ PODPIS _____ |

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, ze zm.), Fundacja Medicover, Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, informuje, iż jest Administratorem Danych Osobowych podanych w celu objęcia Ogólnopolskim Programem Profilaktyki Cukrzycy i Chorób Cywilizacyjnych „PoZdro”. Dane osobowe będą przetwarzane także w celach archiwalno-statystycznych. Dane zostaną udostępnione Medicover Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa w celu objęcia opieką medyczną w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Cukrzycy i Chorób Cywilizacyjnych „PoZdro”. Jednocześnie informujemy, że niezależnym administratorem danych osobowych przetwarzanych w celu świadczenia usług medycznych staje się Medicover Sp. z o. o. Osoba objęta opieką ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do przystąpienia do Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Cukrzycy i Chorób Cywilizacyjnych „PoZdro”.



ANKIETA DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW W RAMACH OGÓLNOPOLSKIEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI CUKRZYCY I CHORÓB CYWILIZACYJNYCH „POZDRO”

1. Jak ocenia Pani/Pan ogólny stan zdrowia dziecka?

- a. bardzo dobry b. dobry c. średni d. zły e. trudno mi ocenić

2. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe?

nie tak, zaznacz jakie (może być kilka odpowiedzi)

- a. cukrzyca b. astma c. niedoczynność tarczycy d. zapalenie jelit e. alergie (skórne, pokarmowe)
f. choroby serca i ukł. krążenia g. choroby ukł. oddechowego h. choroby ukł. pokarmowego
i. choroby endokrynologiczne j. choroby neurologiczne k. inne

3. Czy dziecko pozostaje pod opieką lekarza specjalisty?

nie tak, zaznacz jakiego (może być kilka odpowiedzi)

- a. alergologa b. pulmonologa c. endokrynologa d. kardiologa e. nefrologa f. gastrologa
g. neurologa h. inny specjalista Z jakiego powodu

4. Jak ocenia Pani/Pan masę ciała dziecka?

- znaczna niedowaga nieznaczna niedowaga prawidłowa nieznaczna nadwaga znaczna nadwaga

5. Czy w Pani/Pana opinii dziecko prawidłowo się odżywia?

- nie tak nie wiem

6. Czy w Pani/Pana opinii dziecko ma wystarczająco dużo ruchu w ciągu dnia?

- nie tak nie wiem

7. Jak często dziecko je słodczyce i sone przekąski?

- kilka razy dziennie nie więcej niż raz dziennie kilka razy w tygodniu raz w tygodniu lub rzadziej
 nie jada słodczych nie wiem

8. Ile razy w tygodniu dziecko je śniadanie (w domu)?

- min. 5 razy w tygodniu 3-5 razy w tygodniu 1-3 razy w tygodniu dziecko nie jada śniadań nie wiem

9. Dziecko zazwyczaj dostaje do szkoły (min. 3 dni w tygodniu):

- gotowe drugie śniadanie pieniądze na drugie śniadanie dziecko nie jada w szkole drugiego śniadania nie wiem

10. Ile godzin dziennie dziecko spędza przed telewizorem i/lub komputerem (średnio w ciągu tygodnia)?

- więcej niż 3 godz. między 1 a 3 godz. mniej niż 1 godz.

11. Jak często dziecko w ciągu tygodnia je żywność typu fast food (np. hot dogi, hamburgery, frytki, kebab, pizza)?

- min. 5 razy w tygodniu 3-5 razy w tygodniu 1-3 razy w tygodniu nie jada fast foodów nie wiem

12. Jak często dziecko w ciągu tygodnia pije stodzone napoje (napoje gazowane, „wody smakowe”)?

- min. 5 razy w tygodniu 3-5 razy w tygodniu 1-3 razy w tygodniu nie pije takich napojów nie wiem

13. Jak często dziecko w ciągu tygodnia pije wodę (wodę butelkowaną, przegotowaną, „kranówkę”)?

- min. 5 razy w tygodniu 3-5 razy w tygodniu 1-3 razy w tygodniu nie pije wody nie wiem

14. Ile godzin tygodniowo dziecko spędza w formie aktywności fizycznej – na aktywnej zabawie, uprawianiu sportu (nie wliczając zajęć w-f)?

- min. 5 godz. tygodniowo między 3 a 5 godz. między 1 a 3 godz. mniej niż 1 godz. tygodniowo

15. Czy Państwa dziecko ma trudności z zaśnięciem?

- nigdy bardzo rzadko tak, 1 raz w miesiącu tak, 1-2 razy w tygodniu 3-4 razy w tygodniu
 więcej niż 5 razy w tygodniu

16. Jak często w ciągu tygodnia dziecko zgłasza, że jest zmęczone, niewyspane?

- nigdy bardzo rzadko rzadziej niż 1 raz w miesiącu 1-2 razy w tygodniu 3-4 razy w tygodniu
 więcej niż 5 x w tygodniu

17. Czy u członków najbliższej rodziny dziecka występuje nadwaga lub otyłość?

- nie tak jeśli tak, proszę podać u kogo – matka ojciec rodzeństwo

Czy u członków najbliższej rodziny dziecka wystąpiły:

18. choroby serca (zawał serca, choroby naczyń sercowych)?

- nie tak (matka ojciec rodzeństwo)

19. udary mózgu?

- nie tak (matka ojciec rodzeństwo)

20. cukrzyca?

- nie tak (matka ojciec rodzeństwo)

21. zaburzenia lipidowe (tzw. podwyższony cholesterol)?

- nie tak (matka ojciec rodzeństwo)

22. Prosimy o podanie (szacunkowo)

masa ciała matki kg; wysokość ciała matki cm; masa ciała ojca kg; wysokość ciała ojca cm
tydzień ciąży w momencie porodu tyg.; masę ciała dziecka przy urodzeniu kg lub g

23. Wykształcenie matki: podstawowe zawodowe średnie wyższe

24. Wykształcenie ojca: podstawowe zawodowe średnie wyższe

25. Czy dziecko było szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień?

- nie tak

26. Czy dziecko było szczepione przeciw innym chorobom (poza tymi z obowiązkowego kalendarza szczepień, np. grypa, pneumokoki, itp.)?

- nie tak