

Zgoda rodziców/opiekunów na udział dziecka w Programie
**PRZECIWDZIAŁANIE NADWADZE I OTYŁOŚCI WŚRÓD
DZIECI W WIEKU 8 LAT UCZĘSZCZAJĄCYCH DO
SZCZECIŃSKICH SZKÓŁ PODSTAWOWYCH**
„Odważna 8”
Finansowanym ze środków Gminy Miasta Szczecina

1. Prosimy o podanie poniższych informacji:

Dziecko:

Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia dziecka:	
PESEL:	
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):	

2. Prosimy o wypełnienie zgody:

Prosimy o wyrażenie zgody na działania zaznaczone symbolem:

<input checked="" type="checkbox"/>	Po zapoznaniu się z informacjami dotyczącymi Programu „PRZECIWDZIAŁANIE NADWADZE I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI W WIEKU 8 LAT UCZĘSZCZAJĄCYCH DO SZCZECIŃSKICH SZKÓŁ PODSTAWOWYCH” - ODWAŻNA 8” wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w badaniu przesiewowym organizowanym w szkole przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Szczecinie. 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 rocznym Programem „PRZECIWDZIAŁANIE NADWADZE I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI W WIEKU 8 LAT UCZĘSZCZAJĄCYCH DO SZCZECIŃSKICH SZKÓŁ PODSTAWOWYCH” - ODWAŻNA 8” , 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"/>	Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka zgodnie z Ustawą przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Szczecinie 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.), informuje, iż jest Administratorem Danych Osobowych podanych w celu objęcia Programem X. Dane osobowe będą przetwarzane także w celach archiwalno-statystycznych. Osoba objęta opieką ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do przystąpienia do Programu X.

Osoba wypełniająca ankietę:

a) matka b) ojciec c) opiekun prawny

1. Jak ocenia Pan/Pani 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. astma b. niedoczynność tarczycy c. zapalenie jelit d. alergie (skórne, pokarmowe) e. choroby serca i ukł. krążenia f. choroby ukł. oddechowego g. choroby ukł. pokarmowego h. choroby endokrynologiczne i. choroby neurologiczne j. 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 słone przekąski? ÷Kilka razy dziennie ÷ Nie więcej niż raz dziennie ÷Kilka razy w tygodniu ÷Raz w tygodniu lub zadziej ÷Nie jada słodczy 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. 3dni w tygodniu) ÷Gotowe 2-gie śniadanie ÷Pieniądze na 2-gie 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 godziny ÷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 słodzone 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 godzin tygodniowo ÷między 3 a 5 godzin ÷między 1 a 3 godziny ÷mniej niż 1 godz. tygodniowo
15. Czy Państwa dziecko ma trudności z zaśnięciem? ÷nie, nigdy ÷ bardzo rzadko ÷tak, 1 x w miesiącu ÷tak, 1-2 x w tygodniu ÷3-4 razy w tygodniu ÷więcej niż 5 x w tygodniu
16. Jak często w ciągu tygodnia dziecko zgłasza, że jest zmęczone, niewyspane? ÷nigdy ÷ bardzo rzadko ÷ rzadziej niż 1 x w miesiącu ÷ 1-2 x 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.....kg ; Masa ciała Ojca.....kg; wysokość ciała ojca.....kg 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. grupa, pneumokoki, itp.)? ÷NIE ÷TAK