



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

Prosimy o podanie poniższych informacji:

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

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 <span style="float: right;">PODPIS</span>
<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 <span style="float: right;">PODPIS</span>
<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 <span style="float: right;">PODPIS</span>
<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 <span style="float: right;">PODPIS</span>
<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 <span style="float: right;">PODPIS</span>

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