

Formularz zgłoszeniowy na turnus terapeutyczny

Termin turnusu: _____

Imię i nazwisko dziecka: _____

Numer pesel dziecka: _____

Imię i nazwisko opiekuna dziecka na turnusie:

Osoby dodatkowe, dzieci z podaniem wieku na turnusie:

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji:

Telefon kontaktowy:

Email kontaktowy:

Dane do faktury

(z jakiego źródła opłacony będzie turnus : środki własne, fundacja, PCPR ,
inne)

.....
Data i podpis Rodzica/Opiekuna

KWESTIONARIUSZ

(dane z kwestionariusza będą użyte wyłącznie do przydzielenia dziecka do grupy terapeutycznej dostosowanej do poziomu funkcjonowania dziecka, wieku i schorzenia. Proszę wpisać w puste pole właściwą odpowiedź)

TERMIN TURNUSU

NAZWISKO dziecka:

IMIĘ dziecka:

PESEL dziecka:.....

Placówka do jakiej aktualnie uczęszcza dziecko:

.....
.....

**Terapie na jakie dziecko uczęszczało w ciągu minionego roku:
Jeśli tak, to proszę podać jakie?**

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

Czy od czasu pobytu na turnusie w Okunince wystąpiły jakieś zmiany w zachowaniu dziecka tj, komunikacji werbalnej/niewerbalnej, funkcjonowaniu w życiu codziennym, zabawach z rówieśnikami? Jeśli tak, to proszę podać jakie:

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

Czy w przeciągu ostatniego roku zmieniła się diagnoza choroby dziecka? Jeśli tak to na jaką?

Czy występują choroby współistniejące:

Czy dziecko miało wykonywane badanie głowy EEG? TAK / NIE

Jeśli tak, to proszę podać datę badania i wynik

Czy dziecko miało wykonywane na grzyba Candida lub inne pasożyty? TAK / NIE

Jeśli tak, to proszę podać datę badania i wynik

Czy dziecko korzysta z diety? Jeśli tak to z jakiej?.....

Funkcjonowanie społeczne dziecka

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

Mocne i słabe strony dziecka

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

STAN OBECNY:

Waga wzrost

Kontakt werbalny (na ile).....

Bezśłowny: posługiwanie się obrazkami.....,
gesty....., pokazywanie.....,
inne.....

Samoobsługa: ubranie się TAK/NIE, zjedzenie posiłku TAK/NIE, toaleta
TAK/NIE, inne czynności -co dziecko umie samodzielnie.....

.....
Zachowania zaburzające funkcjonowanie: rytuały.....
stereotypy, natręctwa,
lęk, agresja/autoagresja.....

Zainteresowania:.....

Sytuacje kryzysogenne:.....

Zaburzenia sensoryczne:

Umiejętność radzenia sobie z emocjami i nagłymi zachowaniami przez dziecko i rodzinę
Klapy TAK/NIE, krzyczenie TAK/NIE, inne

Stan somatyczny: przewód pokarmowy.....,
grzybica TAK/NIE, Candida TAK/NIE, Alergie

Inne:

Częstość i infekcji mała/duża (jakie?).....

Dziewczynki w okresie dorastania – regularność miesiączek.....

Wady postawy Napięcie mięśni : wiotki/ spastyczny

Motoryka mała: chwyt TAK/NIE, zapinanie guzików TAK/NIE, łapanie piłki
TAK/NIE inne.....

Motoryka duża: jazda rowerem TAK/NIE, pływanie TAK/NIE, kopanie piłki
TAK/NIE inne.....

Opieka lekarska obecnie: neurolog psychiatra.....
alergolog.....gastrolog.....inne.....

Testy alergiczne: TAK/NIE, jaki wynik:

Inne badania z krwi.....

Badania genetyczne TAK/NIE, jaki wynik:.....

Choroby genetyczne w rodzinie (jakie?).....

Hormony tarczycy.....

Badanie neurologiczne : EEG (wynik)

MRI lub TK mózgu (wynik)

Ulubione potrawy.

Dieta.....

Przyjmowane leki/ SUPLEMENTY

Sen

Rodzina

Sytuacja rodzinna.....,

pomoc (skąd)....., głównie opiekuje się.....

....., poziom stresu rodzinnego.....

Dodatkowe informacje o dziecku przydatne terapeutom, oczekiwania w zakresie terapii na turnusie, uwagi do organizatorów

Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna:.....

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

PODPIS RODZICA/OPIEKUNA

.....

Prosimy o dokładne wypełnienie kwestionariusza (na komputerze bądź odręcznie) oraz odesłanie pocztą na adres Astur 20-612 Lublin ul. Głęboka 29 bądź mailem na : info@astur.com.pl

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych,
w tym danych „szczególnych kategorii”**

Prosimy o potwierdzenie, czy wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie przez Astur Sp. z o.o. 20-827 Lublin ul. Gojawiczyńskiej 9

dla potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń usług terapeutyczno-rehabilitacyjnych i medycznych, danych osobowych Pana/Pani Dziecka, które przekazał/a nam Pan/Pani podczas procedury przyjęcia Dziecka na konsultację/terapię/diagnozę, wywiadu/rozmowy z terapeutą/lekarzem/psychologiem, wypełniając kwestionariusze czy zgłoszenia uczestnictwa, przekazując kopie orzeczeń i opinii,

w tym: imię, nazwisko Opiekuna i Dziecka, datę i miejsce urodzenia Dziecka, adres zamieszkania Dziecka, informacje o stanie zdrowia Dziecka. Ponieważ dane szczególnych kategorii* w tym dotyczące zdrowia chronione są szczególnie, musimy prosić Pana/Panią o wyrażenie wyrażnej zgody na ich przetwarzanie.

Prosimy, wyraźnie potwierdzić, iż Pan/Pani zgadza się, abyśmy przetwarzali podane przez Pana/Panią dane, o których mowa powyżej:

- NIE
- TAK, zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej, w tym dane szczególnych kategorii, w powyżej wskazanych celach.

* Dane szczególnych kategorii to dane ujawniające pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych, dane genetyczne, dane biometryczne wykorzystywane do identyfikacji, dane dotyczące zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej, o których mowa w art. 9 RODO (czyli Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

Informacja o prawie do cofnięcia zgody

W każdej chwili ma Pan/Pani prawo cofnąć zgodę na przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani Dziecka. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Informacyjnie

W związku z otrzymaniem zgody na przetwarzanie danych należy podać osobie wszystkie informacje, których art. 13 RODO wymaga przy zbieraniu danych od osoby, której dane dotyczą.

.....
Data i podpis Rodzica/Opiekuna