



**Program badań przesiewowych słuchu u dzieci
ze szkół podstawowych w gminach wiejskich**



ZGODA NA BADANIE PRZESIEWOWE SŁUCHU

Wyrażam zgodę na wykonanie badań słuchu u mojego dziecka w ramach realizacji **Programu badań przesiewowych słuchu u dzieci ze szkół podstawowych w gminach wiejskich** oraz na wykorzystanie wyników badań do prac naukowo-badawczych prowadzonych przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu.

Imię i nazwisko dziecka
(proszę wypełnić drukowanymi literami)

PESEL

Uczeń klasy Szkoły Podstawowej nr w.....

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych mojego dziecka dla potrzeb niezbędnych do realizacji projektów naukowych (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści jej danych oraz możliwość ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, **jednak bez ich podania nie jest możliwe uczestnictwo w programie.**

.....
data i podpis rodzica/opiekuna

Proszę odwrócić

ANKIETA DO RODZICÓW

1. Czy Państwa zdaniem u dziecka występują problemy ze słuchem?
 TAK NIE
2. Czy dziecko skarży się na obecność szumów, pisków, brzęczenia lub innych dźwięków, gdy jest cicho?
 bardzo często często rzadko nigdy
3. Czy dziecko często słucha głośnej muzyki?
 TAK NIE
4. Czy dziecko było leczone z powodu zapaleń uszu?
 TAK NIE
5. Czy dziecko skarży się na nadmierny hałas w szkole podczas przerw lekcyjnych?
 TAK NIE
6. Czy dziecko używa aparatu słuchowego, implantu ślimakowego lub innej protezy słuchowej?
 TAK, w prawym uchu TAK, w lewym uchu
 TAK, w obu uszach NIE
7. Czy Twoje dziecko się zacina/jąka?
 TAK NIE
8. Czy uważasz, że Twoje dziecko ma wadę wymowy?
 TAK NIE
9. Zakreśl głoskę/głoski, które Twoje dziecko wymawia nieprawidłowo
/r/ /sz/ /ż/ /s/ /z/ /ś/ /k/

W przypadku nieprawidłowego wyniku badania przesiewowego, rodzic/opiekun otrzyma informację o możliwościach dalszego postępowania wraz z wykazem proponowanych placówek, w których będzie można wykonać badanie kontrolne. Ponadto, w ciągu kilku miesięcy zwrócimy się do Państwa z prośbą (drogą e-mail lub telefoniczną) o udział w badaniu ankietowym z zapytaniem czy u dziecka wykonano zalecane badanie kontrolne.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna:.....

Adres e-mail: tel. kontaktowy:
(proszę wypełnić drukowanymi literami)

Dziękujemy za wypełnienie ankiety