Ankieta informacyjna nowego pacjenta

**Do użytku wewnętrznego:** Data wpłynięcia / / Termin / / Pilne Odpowiedź listowna / / Zdjęcie Kod badania G F B A M : 1 2 3 4

####  Dane pacjenta

Numer ubezpieczenia pacjenta *(nieobowiązkowe)*  Kobieta  Mężczyzna Rasa

Imię i nazwisko pacjenta

*Imię Drugie imię Nazwisko*

Data urodzenia Wiek

Adres pacjenta Miasto Powiat Województwo kod pocztowy Tel. domowy pacjenta ( ) Tel. służbowy ( )

####  Dane opiekuna

Nazwisko głównego opiekuna(ów) pacjenta Pokrewieństwo z pacjentem:  rodzic biologiczny,  adopcyjny, lub  zastępczy  inne (określić ) Adres opiekuna

Miasto Powiat Województwo kod pocztowy Tel. domowy ( ) Tel. służbowy ( ) Nazwisko prawnego opiekuna(ów) pacjenta

####  Dane osoby wypełniającej ankietę

Nazwisko osoby wypełniającej ankietę Data Pokrewieństwo z pacjentem:  rodzic biologiczny,  adopcyjny, lub  zastępczy,  opiekun społeczny,  lekarz,

inne pokrewieństwo (określić ) Skierowany przez (np. Kto lub jaka organizacja poinformowała o poradni?)

####  Do kogo należy adresować korespondencję?

Nazwisko Pokrewieństwo z pacjentem:  rodzic biologiczny,  adopcyjny, lub  zastępczy  inne (określić ) Miasto Powiat Województwo kod pocztowy Tel. domowy ( ) Tel. służbowy ( )

### Prosimy o wypełnienie tej ankiety najdokładniej, jak to możliwe. Zdajemy sobie sprawę, że od- powiedź na wszystkie pytania może być niemożliwa. Odpowiedzi na pytania zadane w tej ankie- cie są niezbędne do postawienia jak najdokładniejszej diagnozy oraz skierowania pacjenta na właściwe leczenie. Dziękujemy za poświęcenie czasu na wypełnienie naszej ankiety.

**Przyczyny skierowania na badanie** Jakie są główne problemy pacjenta? Prosimy o szczegółowy opis.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Jakie są Państwa oczekiwania związane z przeprowadzeniem tych badań?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#  Wzrost

## Pomiary urodzeniowe

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Waga urodzeniowa: | w funtach / uncjach | ……………………… | lub g | ……………………… |
| Wzrost urodzeniowy: | w calach | ……………………… | lub cm | ……………………… |
| Urodzeniowy obwód głowy: | w calach | ……………………… | lub cm | ……………………… |
| Wiek ciążowy *(długość ciąży)*: | w tygodnach | ……………………… | lub miesiącach | ……………………… |
| **W miarę możliwości, prosimy o podanie dodatkowych danych dotyczących wzrostu, wagi oraz głowy\*** |
| 2. Data | ………………………… | Waga: | w funtach | ……………………… | lub w kg | ……………………… |
| Wiek | ………………………… | Wysokość: | w calach | ……………………… | lub w cm | ……………………… |
|  |  | Obwód głowy: | w calach | ……………………… | lub w cm | ……………………… |
| 3. Data | ………………………… | Waga: | w funtach | ……………………… | lub w kg | ……………………… |
| Wiek | ………………………… | Wysokość: | w calach | ……………………… | lub w cm | ……………………… |
|  |  | Obwód głowy: | w calach | ……………………… | lub w cm | ……………………… |
| 4. Data | ………………………… | Waga: | w funtach | ……………………… | lub w kg | ……………………… |
| Wiek | ………………………… | Wysokość: | w calach | ……………………… | lub w cm | ……………………… |
|  |  | Obwód głowy: | w calach | ……………………… | lub w cm | ……………………… |
| 5. Data | ………………………… | Waga: | w funtach | ……………………… | lub w kg | ……………………… |
| Wiek | ………………………… | Wysokość: | w calach | ……………………… | lub w cm | ……………………… |
|  |  | Obwód głowy: | w calach | ……………………… | lub w cm | ……………………… |
| **Wzrost rodziców** Matka biologiczna: w calach | ……………………… | lub cm | ……………………… |
| Ojciec biologiczny: w calach | ……………………… | lub cm | ……………………… |

**biologicznych:**

\* Informacje te można uzyskać od lekarza pierwszego kontaktu pacjenta lub pielęgniarki szkolnej. Jeżeli posia- dają Państwo wykresy wzrostu, można je skopiować i załączyć do ankiety. W tym przypadku nie trzeba wypeł- niać tej sekcji ankiety.

#  Wygląd fizyczny i zdrowie

## Zdjęcia twarzy pacjenta są dla nas bardzo pomocne.

*Zdjęcie może być większe, niż to pole*

**Prosimy o przyczepienie zdjęcia/zdjęć zszywaczem w tym miejscu:**

Najlepsze zdjęcia to takie, na których twarz wypełnia całą przestrzeń a pacjent nie uśmiecha się. Najlepsze są zdjęcia pacjenta pomiędzy 1 a 12 rokiem życia.

* + Czy takie zdjęcia są dostępne?
	+ Ile zdjęć dołączono do ankiety?

………

………

tak tak

………

………

nie nie

* + Czy jest możliwość dostarczenia innych zdjęć do poradni? ………

tak

………

nie

## Czy pacjent urodził się (lub wykryto później) z jakimiś wadami wrodzonymi (np. rozszczep wargi, wrodzona wada serca, zniekształcona stopa, itd.)? …………… tak …………… nie brak danych

Jeżeli tak, opisz: .............................................................................................................................................................................................

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

## Czy u pacjenta stwierdzono kiedykolwiek:

tak nie brak danych tak nie brak danych Alergie ……… ……… ……… Przewlekłą chorobę serca ……… ……… ………

Liczne infekcje ucha ……… ……… ……… Przewlekłą chorobę nerek ……… ……… ………

Przewlekłe zapalenie zatok ……… ……… ……… Przewlekłą chorobę stawów/ kończyn ……… ……… ………

Przewlekłą utratę słuchu ……… ……… ……… Przewlekłą chorobę żołądka/ jelit ……… ……… ………

Problemy ze wzrokiem ……… ……… ………

## Czy pacjent kiedykolwiek przechodził:

1. **Zabiegi operacyjne (od urodzenia)** ………… tak ………… nie brak danych

**Opisać operację Nazwisko chirurga Wiek pacjenta**

1. **Inne hospitalizacje** ………… tak ………… nie brak danych

**Przyczyna hospitalizacji Szpital/Lekarz Wiek pacjenta**

1. **Maltretowanie fizyczne** ………… tak ………… nie ………… brak danych Wiek: …………

Czy miało miejsce badanie lekarskie? ………… tak ………… nie brak danych

1. **Molestowanie seksualne** ………… tak ………… nie ………… brak danych Wiek:…………

Czy miało miejsce badanie lekarskie? ………… tak ………… nie brak danych

#  Problemy neurologiczne

## Czy pacjent kiedykolwiek doświadczył:

* 1. **Napady**

……… tak ……… nie ……… podejrzewa się ……… brak danych

Rodzaj: ...................................................................................................................................................................................................

Wiek, w którym zaczęły się ataki: ......................................................................................................................................................

Nazwy podawanego leku(ów)? ...........................................................................................................................................................

## Utraty specyficznych umiejętności ruchowych, takich jak utrzymanie pozycji stojącej, chodzenie, gibanie, itd.

……… tak ……… nie brak danych

Jeżeli tak, opisz ......................................................................................................................................................................................

## Mimowolnego moczenia nocnego lub brudzenia bielizny po ukończeniu 8 roku życia.

……… tak ……… nie ……… brak danych pacjent jeszcze nie skończył 8 lat

## Czy pacjent doznał kiedykolwiek urazu głowy prowadzącego do utraty przytomności lub wymagają- cego badania lekarskiego?

……… tak ……… nie brak danych

Jeżeli tak, opisz ......................................................................................................................................................................................

## Czy pacjent kiedykolwiek miał przeprowadzaną tomografię komputerową lub obrazowanie rezonan- sem magnetycznym mózgu?

……… tak ……… nie brak danych

Jeżeli tak, czy zostały one opisane jako nieprawidłowe? ……… tak ……… nie brak danych

#  Zaburzenia uwagi i nadpobudliwość psychoruchowa

## 1. Czy pacjent był kiedykolwiek badany pod kątem zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADD / ADHD)

……… tak ……… nie ……… brak danych Jeżeli tak:

Kiedy przeprowadzono badania? Wiek: ……………………… Data: ………………………

Czy pacjent był zdiagnozowany z ADD lub ADHD? ……… tak ……… nie brak danych

Czy pacjent był kiedykolwiek leczony z powodu ADD lub ADHD? ……… tak ……… nie brak danych

Jakie leki wypróbowano?

**Lek Dawka Wiek Reakcja**

#  Zaburzenia uwagi i nadpobudliwość psychoruchowa

## Czy pacjent był kiedykolwiek badany przez psychiatrę, psychologa lub opiekuna zdrowia psychicznego?

………… tak ………… nie brak danych

## Jeżeli tak, podaj listę psychiatrów, psychologów i/lub opiekunów.

**A. Specjalizacja lekarza: …………………………………………………………………………………**

Przyczyna badania: ...............................................................................................................................................................................

Rodzaj terapii (np. behawioralna, terapia indywidualna, terapia grupowa, terapia rodzinna, terapia farmakologiczna): ....

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

Wiek w chwili uczestnictwa w terapii: …………………… Czy terapia pomogła? …… tak …… nie brak danych

Jeżeli tak, w jaki sposób pomogła? .....................................................................................................................................................

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

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

**B. Specjalizacja lekarza:** …………………………………………………………………………………

Przyczyna badania: ...............................................................................................................................................................................

Rodzaj terapii (np. behawioralna, terapia indywidualna, terapia grupowa, terapia rodzinna, terapia farmakologiczna): Wiek w chwili uczestnictwa w terapii: …………………… Czy terapia pomogła? …… tak …… nie brak danych

Jeżeli tak, w jaki sposób pomogła? .....................................................................................................................................................

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

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

## Czy pacjent był kiedykolwiek badany z powodu zaburzeń nastroju (depresja, lęk, itd.) lub fobii?

……… tak ……… nie brak danych

Jeżeli tak:

Kiedy przeprowadzono badanie/badania? Wiek: ……………………… Data (daty): …………………………

1. **Jakie leki były wypróbowane i jakie były efekty?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lek | Dawka | Reakcja | Przyjmowane obecnie? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

#  Problemy w szkole

## Wymień WSZYSTKIE szkoły, do których chodził pacjent oraz ukończone klasy:

#### Szkoła Miasto Zaliczone klasy

**Otrzymane wykształcenie specjalne, pokój indywidualnej pracy z uczniem, nauczanie indywidualne, itd.**

#### tak nie brak danych

## Jakie problem w uczeniu ma pacjent?

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

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

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

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

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

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

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

## Jakie problemy behawioralne ma pacjent?

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

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

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

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

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

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

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

#  Narażenie na alkohol

*Prosimy o podanie wyczerpujących odpowiedzi. Informacje te są kluczowe dla postawienia diagnozy u pacjenta.*

## Spożywanie alkoholu przez biologiczną matkę

### **Przed zajściem w ciążę:** średnia ilość drinków podczas zaistniałej okazji: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

maksymalna ilość drinków podczas zaistniałej okazji: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

### średnia ilość dni w tygodniu, kiedy pity był alkohol: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Rodzaj(e) alkoholu: …… wino …… piwo …… wódka …… nieznany ……… inny (określić) ………

### **W trakcie ciąży:** średnia ilość drinków podczas zaistniałej okazji: maksymalna ilość drinków podczas zaistniałej okazji: …………………………

średnia ilość dni w tygodniu, kiedy pity był alkohol: …………………………

### Rodzaj(e) alkoholu: …… wino …… piwo …… wódka …… nieznany …… inny (określić) ……………

**Trymestr(y),** w trakcie których spożywany był alkohol? …… 1. …… 2. …… 3. brak danych

### Nie Tak Bd.

**Czy kiedykolwiek zgłoszono, że biologiczna matka ma problem z alkoholem? Czy kiedykolwiek zdiagnozowano alkoholizm u biologicznej matki?**

**Czy biologiczna matka była leczona z powodu uzależnienia od alkoholu?**

**Jeśli brak jest danych dotyczących powyższych pytań, prosimy o wszelkie informacje, które mogą pomóc w określeniu poziomu spożywania alkoholu przez matkę PODCZAS ciąży.** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

### . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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

**Jakie jest źródło powyższych informacji na temat spożycia alkoholu?** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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

## Czy biologiczna matka przyjmowała którąkolwiek z poniższych substancji podczas ciąży?

### Tak Nie Bd. Rodzaj Wymienić konkretne substancje Miesiąc(e) ciąży

 Narkotyki

###  Tytoń

 Leki Promieniowanie

 rentgenowskie

#  Informacje na temat biologicznych rodziców pacjenta

**Imię i nazwisko biologicznej matki** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . data urodzenia . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*Imię Drugie imię Nazwisko*

### **Rasa matki**  Biała  Czarna  Indiańska  Rdzenna Alaski  Latynoska

 Azjatycka  brak danych  inna (określić) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

### Zdobyty poziom wykształcenia (ostatnia ukończona klasa) . . . . . . . . . . Wiek przy porodzie pacjenta . . . . . . .

Czy matka miała problemy w nauce? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

### Adres biologicznej matki . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*Ulica Miasto Województwo Kod pocztowy*

### Kiedy miał miejsce ostatni kontakt z biologiczną matką? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Imię i nazwisko biologicznego ojca** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . data urodzenia . . . . . . . . . . . . . . . .

*Imię Drugie imię Nazwisko*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rasa ojca** |  Biała |  Czarna |  Indiańska  Rdzenna Alaski |  Latynoska |
|  |  Azjatycka |  bd. |  inna (określić) . . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |

### Zdobyty poziom wykształcenia (ostatnia ukończona klasa) . . . . . . . . . . Wiek przy porodzie pacjenta . . . . . . .

Czy ojciec miał problemy w nauce? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Kiedy miał miejsce ostatni kontakt z biologicznym ojcem? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

#  Historia zdrowia biologicznych rodziców

### Czy ktoś z biologicznej rodziny pacjenta cierpiał kiedykolwiek z powodu poniższych schorzeń?

*Zaznaczyć właściwe*.

**Biologiczna matka**

**Biologiczny ojciec**

**Rodzina matki Rodzina ojca Rodzeństwo**

**pacjenta**

Alkoholizm Wady wrodzone

Poród martwego płodu Poronienia Niedorozwój umysłowy Inne wady rozwojowe

Zaburzenia w uczeniu się Zaburzenia uwagi Nadpobudliwość Epilepsja

Choroba neurologiczna Maltretowanie dziecka Molestowanie seksualne Depresja

Samobójstwo Choroba psychiczna Problemy ze wzrokiem Problemy ze słuchem Choroby przewlekłe Zespół Tourette’a

Przestępczość Wszelkie specyficzne

schorzenia genetyczne Inne

#  Ciąże biologicznej matki

### 1. Proszę wymienić **wszystkie** ciąże biologicznej matki, włączając poronienia i aborcje w porządku chro- nologicznym:

Rok

Długość

ciąży

Pierwsze imię dziecka,

jeśli dotyczy

Urodzone dzieci żywe

Prawidłowo rozwinięte

Jeśli nieprawidłowo, wyjaśnić

*W tym diagnoza FAS/FAE, jeśli rozpoznano*

tak nie tak nie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Do użytku wewnętrznego: | Całkowita liczba porodów | Łącznie ciężkość porodu | Liczba porodóww przypadku pacjenta | Ciężkość porodu pacjenta | Rozpoznanie FASD |

#  Ciąża, poród i narodziny pacjenta

1. **Czy w trakcie ciąży biologicznej matki wystąpiły jakieś trudności?** ……… Tak ……… Nie …… bd. Jeżeli tak, proszę opisać: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
2. **Czy biologiczna matka otrzymywała opiekę prenatalną?** ……… Tak ……… Nie bd.
3. **Czy w trakcie porodu wystąpiły jakieś komplikacje?** ……… Tak ……… Nie bd.

### Jeżeli tak, proszę wyjaśnić: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

1. **Czy poród odbył się:** ………… Drogą naturalną ………… przez cesarskie cięcie bd.

### Powód cesarskiego cięcia, jeżeli zostało wykonane . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

1. **Gdzie urodził się pacjent?** Szpital ………… Miasto …………… Województwo . . . . . . . . . . . . . . . . . .

### **6. Skala Apgar** ……………… w 5 minucie ………………… w 10. minucie . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

1. **Ile dni noworodek pozostał w szpitalu, w którym się urodził?** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
2. **Czy w trakcie pobytu w szpitalu pacjenta wystąpiły poniższe problemy?**

Tak Nie Bd. Tak Nie Bd. Problemy z karmieniem Infekcje

Bezdech/ trudności z oddychaniem Żółtaczka Konieczny dodatkowy tlen Drgawki

#  Wykaz lekarzy obecnie zaangażowanych w opiekę nad pacjentem

**Lekarz pierwszego kontaktu** Nazwisko: Tel.:

### Adres:

**Inni lekarze** Nazwisko: Tel.:

### Specjalizacja: Adres:

Nazwisko: Tel.: Specjalizacja: Adres:

### Nazwisko: Tel.: Specjalizacja: Adres:

**Konsultanci ds. zdrowia** Nazwisko: Tel.: **psychicznego** *(włączając* Specjalizacja: *psychiatrów psychologów* Adres: *i opiekunów)*

### Nazwisko: Tel.: Specjalizacja: Adres:

**Szkoła** Nazwisko: Tel.:

Adres: Osoba kontaktowa *(nauczyciel, pielęgniarka,*

*opiekun, itd.)*:

**Inni** Nazwisko: Tel.: Zawód: Adres:

#  Miejsca pobytu pacjenta

## Wykaz wszystkich miejsc pobytu pacjenta od urodzenia do chwili obecnej.

Czas pobytu

Rodzaj miejsca pobytu (tzn. rodzina zastępcza, adopcyjna, itd.)

Wiek pacjenta, kiedy zaczął się pobyt

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Do użytku wewnętrznego: | Łącznie | Pierwszy | Ostatni |

**A. Jak długo pacjent przebywa pod Państwa opieką?** …………………………………………

 Co przynieść ze sobą do poradni?

### Jeżeli pacjent w przeszłości był poddawany poniższym badaniom, proszę przynieść wyniki do poradni w wyznaczonym dniu wizyty. Informacje te są niezbędne w trakcie badania diagnostycznego.

 Zdjęcia twarzy pacjenta od urodzenia do 12 roku życia, bez uśmiechu.

###  Dokumentację medyczną potwierdzającą występowanie problemów, o których mowa powyżej.

 Wyniki w nauce, w tym:

### Wyniki testów osiągnięć naukowych

* + Testy IQ

### Wyniki testów językowych

* + Wyniki testów sprawdzających umiejętności społeczne

### Wyniki testów behawioralnych

 Wyniki testów psychologicznych

###  Wyniki testów rozwojowych, w tym:

* + Rozwój ruchowy (motoryka mała i duża)

### Wyniki terapii zajęciowej

* + Wyniki testów psychologicznych (poznawcze)

…………………….………………………………………………………

Miejsce data podpis rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczam że zapoznałem/łam się z poniższą klauzulą informacyjną

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 oraz art. 14 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) Administrator informuje, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych Pani/Pana dziecka/dzieci nad którymi Pani/Pan sprawuje opiekę jest Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej z siedzibą w Lublinie, ul. Diamentowa 2, 20-447 Lublin, reprezentowany przez Dyrektora Ośrodka. Z Administratorem danych osobowych można skontaktować się osobiście, w siedzibie Administratora, za pośrednictwem poczty, telefonicznie dzwoniąc pod numer telefonu 81 528 7650, za pomocą faksu 81 528 7630 lub mailowo pisząc na adres rops@lubelskie.pl.
2. Pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania danych osobowych, a także przysługujących uprawnień, można uzyskać kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w ROPS Lublin, Panem Pawłem Wiśniewskim, osobiście w Ośrodku, za pośrednictwem poczty lub mailowo na adres e-mail: iod.rops@lubelskie.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe jak i dane osobowe Pani/Pana dziecka/dzieci nad którymi Pani/Pan sprawuje opiekę będą, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r – przetwarzanie będzie dokonywane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym i w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. Celem przetwarzania będzie prowadzenie Punktu Diagnozy i Terapii FASD przez Administratora.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, a także podmioty przetwarzające, którym Administrator powierzy dane osobowe do przetwarzania w imieniu Administratora zgodnie z art. 28 RODO, w szczególności podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi informatyczne, prawne, pocztowe, kurierskie, wydawnicze, redakcyjne.
5. Pani/Pana dane osobowe jak i dane osobowe Pani/Pana dziecka/dzieci nad którymi Pani/Pan sprawuje opiekę będą przechowywane przez okres 5 lat, czyli przez okres wynikający z regulacji prawnych. Kryteria okresu przechowywania ustala się w oparciu o klasyfikację i kwalifikację dokumentacji w jednolitym rzeczowym wykazie akt, a następnie będą archiwizowane przez okres wynikający z przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
6. W związku z przetwarzaniem danych osobowych Pani/Panu przysługują mu następujące uprawnienia:
	1. prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
	2. prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
	3. prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:

- dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub są w inny sposób przetwarzane,

- Pani/Pan którego dane dotyczą, wniósł sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,

- dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,

- dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;

* 1. prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku, gdy:

- Pani/Pan, którego dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,

- przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a Pani/Pan, którego dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,

- Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, ale Pani/Pan, której dane dotyczą, potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,

- Pani/Pan, którego dane dotyczą, wniósł sprzeciw wobec przetwarzania danych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu.

1. Podanie danych osobowych przez Panią/Pana jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować brakiem możliwości skorzystania z usług Punktu Diagnozy i Terapii FASD.
2. W przypadkach uznania, iż przetwarzanie danych narusza przepisy rozporządzenia RODO, przysługuje Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
3. Pani/Pana dane osobowe jak i dane osobowe Pani/Pana dziecka/dzieci nad którymi Pani/Pan sprawuje opiekę nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
4. Pani/Pana dane osobowe jak i dane osobowe Pani/Pana dziecka/dzieci nad którymi Pani/Pan sprawuje opiekę nie będą przekazane do państw trzecich.

…………………….………………………………………………………

Miejsce data podpis rodzica/opiekuna prawnego