



DANE PACJENTA

**Wprowadzane do Platformy APD Medical w celu wykonania diagnozy
i przygotowania terapii Neuroflow**

Imię:*	
Nazwisko*	
E-mail opiekuna:*	
Data urodzenia:*	
PESEL*	
Telefon kontaktowy:*	
Ulica:*	
Numer budynku:*	
Kod pocztowy Miejscowość:*	
Ręczność:*	leworęczny/praworęczny

Zgoda na
przetwarzanie
danych:*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z treścią ustawy z art. 28 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) – zwanej dalej RODO

Podpis rodzica/opiekuna

Data, miejscowość

KWESTIONARIUSZ DIAGNOSTYCZNY [Dla dziecka]

Pacjent

Klient/Opiekun

Provider

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko

Pesel

Email

Email

Data urodzenia

Telefon

Telefon

Placówka

Wywiad okołoporodowy

Czy miały miejsce komplikacje po porodzie? Tak Nie

- wysoki poziom bilirubiny
- wylewy do o.u.n
- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] *

Czy miały miejsce komplikacje przed narodzinami dziecka? Tak Nie

- infekcje wirusowe
- problem z utrzymaniem ciąży
- używki
- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] *

Czy miały miejsce komplikacje w czasie porodu? Tak Nie

- wcześniactwo
- niedotlenienie
- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] *

Rozwój psychoruchowy

Czy dziecko o czasie osiągnęło kamienie milowe w rozwoju? Tak Nie

Np. siadanie w wieku 6 miesięcy, chodzenie w wieku 12 miesięcy *

Czy w 2 r. życia dziecko mówiło proste, trzywyrazowe zdania? Tak Nie

Czy w 1 r.ż dziecko wymagało specjalistycznej rehabilitacji? Tak Nie

Czy w 1 r. życia dziecko mówiło pojedyncze słowa? Tak Nie

Czy w pierwszym r.ż dziecko miało wysoką gorączkę? Tak Nie

Wywiad chorobowy

Czy dziecko miało jakieś inne operacje? Tak Nie

Jakie? *

Czy dziecko przebyło operacje uszu, gardła lub inne? Tak Nie

wycięcie migdałka

drenaż jam bębnekowych

Czy dziecko chorowało na choroby zakaźne? * Tak Nie

Jakie? *

Czy dziecko choruje na choroby neurologiczne? * Tak Nie

epilepsja (w wypadku występowania u dziecka epilepsji, przed przystąpieniem do treningu wymagana jest pisemna zgoda neurologa na podjęcie ćwiczeń słuchowych)

mózgowie porażenie dziecięce

inne choroby układu nerwowego

inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] *

Czy dziecko często choruje na przeziębienia lub anginy więcej niż 3 razy w roku? Tak Nie

Czy dziecko ma objawy powiększenia migdałka gardłowego (III migdał)? Tak Nie

mówi "przez nos"

chrapie

ma bezdechy w nocy

Czy dziecko nosi aparat słuchowy? Tak Nie

obustronnie

lewostronnie

prawostronnie

Czy dziecko miało już badany słuch? Kiedy? Tak Nie

- powyżej roku
- w ciągu ostatniego roku
- w ciągu ostatniego miesiąca

Czy dziecko ma zdiagnozowaną alergię? Tak Nie

Czy dziecku zdarza się słyszeć dźwięki w uchu/uszach gdy w pomieszczeniu jest cicho? Tak Nie

Czy dziecko chorowało na uszy? Tak Nie

- zapalenie ucha wewnętrznego/środkowego
- wysiękowe zapalenie ucha
- perlak

Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe? * Tak Nie

Jakie? *

Czy czułość słuchu dziecka jest w normie tzn. słyszy na poziomie 20dB ? * Tak Nie

Czy dziecko ma często przewlekły katar? Tak Nie

Czy dziecko uległo jakiemuś wypadkowi z urazem głowy? Tak Nie

Jakie? *

Czy dziecko ma aktualnie niedosłuch? * Tak Nie

- lekki ubytek (21-40 dB)
- średni (41-70 dB)
- znaczny (71-90 dB)

Czy ktoś w rodzinie ma niedosłuch? Tak Nie

Czy dziecko przyjmuje na stałe leki? * Tak Nie

- kardiologiczne
- alergiczne
- neurologiczne, jakie?

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] *

- psychiatryczne, jakie?

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] *

- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] *

Czy dziecko jest nadwrażliwe na głośne dźwięki? * Tak Nie

- urządzeń domowych
- hałas w szkole/przedszkolu
- dźwięk syreny pogotowia
- wysokie/piskliwe tony
- niskie tony

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy dziecko chorowało? Tak Nie

- zapalenie uszu
- angina
- infekcja wirusowa
- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] *

Informacje dotyczące rozwoju dziecka

Czy dziecko ma trudności w uczeniu się? * Tak Nie

- z nauką czytania
- z czytaniem ze zrozumieniem
- z poprawnym, ortograficznym pisaniem
- ze stroną graficzną pisma

Czy dziecko uczęszczało na terapię logopedyczną? Tak Nie

Mniej niż rok *

Czy dziecko ma trudności z nauką języka obcego? * Tak Nie

- z rozumieniem nauczyciela
- zapamiętaniem słówek
- poprawnym pisaniem
- z wymową słów

Czy dziecko ma trudności z uwagą słuchową? * Tak Nie

- łatwo się rozprasza
- krótka koncentracja na zadaniu

Czy występują zaburzenia w sferze emocjonalnej? * Tak Nie

- rozdrażnienie
- pobudzenie
- impulsywność
- apatia
- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] *

Czy dziecko ma ulubione przedmioty szkolne (jakie)? * Tak Nie

- przedmioty ścisłe (matematyka, fizyka, informatyka)
- humanistyczne (polski, historia)
- przyrodniczne (przyroda, geografia, biologia)
- artystyczne (muzyka, plastyka)
- język obcy
- wf

Czy dziecko ma diagnozę i/lub jest w trakcie diagnozy, któregoś z zaburzeń rozwojowych? * Tak Nie

- w trakcie diagnozy afazji
- ma diagnozę afazji
- w trakcie diagnozy dysleksji
- ma diagnozę dysleksji
- w trakcie diagnozy ADHD
- ma diagnozę ADHD
- w trakcie diagnozy SLI
- ma diagnozę SLI
- w trakcie diagnozy zespołu Aspergera
- ma diagnozę zespołu Aspergera
- w trakcie diagnozy autyzmu
- ma diagnozę autyzmu

Czy dziecko ma/miało trudności z uczeniem się na pamięć? * Tak Nie

Czy rozwój intelektualny dziecka jest poniżej normy wiekowej? * Tak Nie

- Funkcjonowanie na poziomie: 2-3 lata
- Funkcjonowanie na poziomie: 4-5 lata
- Funkcjonowanie na poziomie: 6-7 lata
- Funkcjonowanie na poziomie: 8-12 lata

Na jakie inne terapie uczęszcza/ło dziecko? Tak Nie

- integracji sensorycznej
- trening słuchowy muzyczny
- terapia ręki
- biofeedback
- trening umiejętności społecznych
- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] *

Czy występują trudności szkolne (z jakimi przedmiotami)? * Tak Nie

- przedmioty ścisłe (matematyka, fizyka, informatyka)
- humanistyczne (j.polski, historia)
- przyrodniczne (przyroda, geografia, biologia)
- artystyczne (muzyka, plastyka)
- język obcy
- wf

Czy w rodzinie istniały przypadki trudności w uczeniu się? Tak Nie

Objawy obserwowane u dziecka

Czy dziecko nie potrafi dłużej utrzymać uwagi na zadaniu/poleceniu?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma trudności z rozumieniem mowy w hałasie?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma trudności ze zrozumieniem, gdy ktoś szybko mówi?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma trudności z nauką języka obcego?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma trudności z koncentracją uwagi (łatwo się rozprasza)?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma problemy z odczytaniem treści emocjonalnej zawartej w wypowiedzi?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko jest niezdarne ruchowo?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma trudności z rozumieniem poleceń lub dłuższych wypowiedzi?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko odczuwa dyskomfort słysząc głośne dźwięki lub hałas?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma problemy z uczeniem się ze słuchu lub poprawnym pisaniem ze słuchu?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma trudności z rozpoznaniem skąd pochodzi dźwięk?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne uwagi

Podpis klienta/opiekuna

Podpis providera



Oświadczenie Klienta

.....

(imię i nazwisko Klienta)

1. W imieniu własnym lub podopiecznego, jako Klient, potwierdzam prawdziwość danych podanych w Formularzu danych osobowych oraz w Kwestionariuszu Diagnostycznym Neuroflow i przyjmuję do wiadomości, że zostaną one wprowadzone przez Providera do Platformy APD Medical w celu wykonania Diagnozy Neuroflow ATS, mogącej posłużyć przygotowaniu zindywidualizowanego programu Sesji Treningowej według metody Neuroflow Aktywnego Treningu Słuchowego.
2. Przyjmuję również do wiadomości, iż:
 - 1) zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej RODO), Administratorem danych osobowych Klienta jest APD Medical Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Nałęczowskiej 60 lok. 16;
 - 2) dane osobowe Klienta będą przetwarzane w celu wykonania Diagnozy Neuroflow ATS, mogącej posłużyć przygotowaniu zindywidualizowanego programu Sesji Treningowej według metody Neuroflow Aktywnego Treningu Słuchowego na podstawie zgody Klienta, wyrażonej na kwestionariuszu osobowym Klienta poniżej, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO;
 - 3) odbiorcami danych Klienta będą pracownicy i współpracownicy Administratora oraz podmioty, którym Administrator może powierzyć działania wynikające z realizacji celów wymienionych w pkt. 2, na podstawie umowy powierzenia przetwarzania, w szczególności Administrator powierza Providerowi zebranie danych Klienta i wprowadzenie ich na Platformę APD Medical;
 - 4) dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej;
 - 5) dane osobowe Klienta będą przechowywane do czasu wycofania zgody na ich przetwarzanie, w szczególności poprzez samodzielne usunięcie danych z Platformy APD Medical przy pomocy linku wysłanego po wprowadzeniu danych;
 - 6) mam prawo dostępu do treści podanych danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie; a ponadto prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;
 - 7) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne w celu realizacji usług w ramach Platformy APD Medical, zatem konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości wykonania Diagnozy Neuroflow ATS oraz przygotowania i przeprowadzenia programu Sesji Treningowej według metody Neuroflow Aktywnego Treningu Słuchowego;

- 8) Administrator nie przetwarza danych osobowych w sposób zautomatyzowany, które prowadziłyby do podjęcia w ten sposób decyzji, w tym również nie dochodzi do ich profilowania.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w Formularzu danych osobowych oraz w Kwestionariuszu Diagnostycznym Neuroflow w celu wykonania Diagnozy Neuroflow ATS, mogącej posłużyć przygotowaniu zindywidualizowanego programu Sesji Treningowej według metody Neuroflow Aktywnego Treningu Słuchowego.

podpis

Klienta/rodzica/opiekuna