

## ANKIETA DLA RODZICÓW

.....  
Imię i nazwisko dziecka

.....  
Adres zamieszkania

1. Czy Pani/Pana dziecko jest pod **stałą opieką** :

(zaznacz krzyżykiem wszystkie aktualne \*)

Lekarz rodzinny	
Lekarz specjalista	
Rehabilitant	
Logopeda	
Psycholog	
Pedagog	
Inni specjaliści	
Nie mam stałej opieki, wizyty są przypadkowe	

2. Kto jest „lekarzem prowadzącym” **koordynującym całość leczenia i/lub rehabilitacji** ?

(zaznacz krzyżykiem **jedną** odpowiedź \*)

Nasz lekarz rodzinny	
Lekarz specjalista z poradni/szpitala	
Nie mam stałego lekarza koordynującego, wizyty są przypadkowe	

3. Ile godzin i jaką metodą rehabilitowane jest dziecko w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia?

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

4. Czy leczenie i opieka dostarczana **przez NFZ** jest :

(zaznacz krzyżykiem **jedną** odpowiedź \*)

W pełni wystarczająca	
Wystarczająca tylko niekiedy	
Całkowity brak opieki NFZ	

5. Czy opieka i leczenie dziecka jest wspomagana środkami prywatnymi:

(zaznacz krzyżykiem **jedną** odpowiedź \*)

Nie wymaga wspomagania	
Wymaga w małym stopniu	
Wymaga w dużym stopniu	
Całkowicie zależy od środków prywatnych	

6. Czy mają Państwo kontakt ze stowarzyszeniami rodziców dzieci chorujących na podobne choroby lub innymi grupami wsparcia :

(zaznacz krzyżykiem **jedną** odpowiedź \*)

Tak, stały	
Sporadyczny, od czasu do czasu	
Nie mam wcale	

7. Prosimy o sprecyzowanie formy pomocy.

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

8. W przypadku prośby o dofinansowanie specjalistycznej rehabilitacji prosimy o podanie z jakich metod obecnie dziecko korzysta i ile razy w tygodniu.

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

.....

Czytelny podpis rodzica/opiekuna