

....., dnia .....

### ZGODA NA UDZIAŁ OSOBY NIELETNIEJ

w „ Programie profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lata na lata 2018 – 2020,,  
wyrażona przez rodzica/opiekuna prawnego dziecka

Ja, .....

(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego dziecka)

zam. ....

(adres zamieszkania)

Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna prawnego dziecka.....

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w „ Programie profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lat na lata 2018 – 2020, obejmującego m.in.: działania edukacyjne, wykonanie u mojego dziecka badania stanu zdrowia jamy ustnej oraz profilaktycznego lakowania pierwszych dwóch zębów bocznych stałych siódmych wolnych od próchnicy przez lekarza stomatologa,

.....PESEL.....

(imię i nazwisko dziecka)

Moje dziecko uczęszcza do .....

(nazwa i adres szkoły)

Imię i nazwisko lekarza rodzinnego dziecka .....

.....

(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka)

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazanie danych osobowych oraz ich przetwarzanie na potrzeby realizacji programu polityki zdrowotnej „Programie profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lata na lata 2018 – 2020”, którego organem założycielskim jest Gmina Zbąszynek”.

Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach, w szczególności o dobrowolności podania danych, prawie dostępu do treści danych i ich poprawiania oraz możliwości odwołania niniejszej zgody w każdym czasie. Mam jednocześnie świadomość, że brak zgody na przetwarzanie danych lub jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w przedmiotowym programie.

.....

( imię i nazwisko oraz podpis  
rodzica/opiekuna prawnego uczestnika programu)

## ANKIETA (WYWIAD MEDYCZNY)

Szanowni Państwo, uprzejmie prosimy o wypełnienie wstępnej ankiety związanej z realizacją programu profilaktycznego z zakresu zapobiegania próchnicy prowadzonego przez Gminę Zbąszynek, w którym uczestniczy Państwa dziecko. Uzyskane informacje posłużą do przygotowania dalszych działań związanych z promocją zdrowia jamy ustnej.

Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lat na lata 2018 – 2020

**Nazwisko i imię dziecka:** .....

(Proszę zakreślić właściwą odpowiedź X)

### 1. Czy dziecko było kiedykolwiek badane przez lekarza dentystę?

- tak  
 nie (przejdź do pytania nr 4)

### 2. Kiedy dziecko było ostatni raz u lekarza dentysty?

- w ciągu ostatnich 6 m-cy  
 w ciągu ostatnich 12 m-c  
 powyżej 12 m-cy

### 3. Jak często dziecko chodzi na wizyty do lekarza dentysty?

- częściej niż raz na pół roku  
 raz na pół roku  
 rzadziej niż raz na pół roku

### 4. Jak często dziecko myje zęby?

- 3 i więcej razy dziennie  
 1-2 razy dziennie  
 rzadziej niż raz dziennie  
 nie myje zębów

### 5. Czy dziecko stosuje pastę do zębów zawierającą fluor?

- tak  
 nie

**6. Czy przed przeczytaniem ulotki informacyjnej wiedział Pan/Pani jaka powinna być zawartość fluoru w paście do zębów stosowanej u dzieci:**

tak

nie

**7. Czy stara się Pan/Pani wyjaśniać dziecku, że regularne mycie zębów pomaga utrzymać zdrowe zęby i dziąsła?**

tak

nie

**8. Czy dziecko stosuje produkty do higieny jamy ustnej, takie jak:**

**- nić dentystyczna? - płukanki?**

tak

tak

nie

nie

**9. Czy dziecko podczas mycia zębów czyści język?**

tak

nie

**10. Jak często dziecko spożywa słodkie przekąski i słodzone napoje (np. Coca Cola)?**

nie spożywa

kilka razy w tygodniu

rzadziej niż raz w tygodniu

codziennie

Jak oceniają Państwo dostępność usług stomatologicznych?

.....

## Ankieta wstępna dla Uczestnika Programu

Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lat na lata 2018 – 2020  
I rok - 2018 r. II rok – 2019, III rok - 2020

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź, wstawiając znak „X” w kratce obok odpowiedzi.

### 1. Jak często myjesz zęby w ciągu dnia?

- po każdym posiłku     trzy razy dziennie     dwa razy dziennie     raz dziennie  
 nie myję zębów (przejdź do pytania nr 7)

### 2. Jak długo myjesz zęby?

- poniżej 1 minuty     1-2 minuty     3 minuty lub dłużej

### 3. Czy czyścisz także język?

- tak, zawsze     tak, czasem     nie

### 4. Czy stosujesz produkty do higieny jamy ustnej, takie jak:

- nici dentystyczne

- tak, zawsze     tak, czasem     nie

- płyn do płukania

- tak, zawsze     tak, czasem     nie

### 5. Jak często wymieniasz szczoteczkę do zębów?

- co 3 miesiące lub częściej     co pół roku     raz w roku  
 dopiero jak się zniszczy (włosie mocno się ugnie)     nie wymieniam

### 6. Czy wymieniasz szczoteczkę po przebytej chorobie, np. grypie, przeziębieniu, infekcji jamy ustnej?

- tak     nie

### 7. Jak często jesz słodkie i pijesz słodkie napoje?

- kilka razy dziennie     raz dziennie     kilka razy w tygodniu     rzadziej

### 8. Jak często jesz owoce i warzywa?

- pięć razy dziennie, na każdy posiłek     przynajmniej trzy razy dziennie     raz w ciągu dnia  
 raz na 2-3 dni     rzadziej

### 9. Jak często chodzisz na wizyty do lekarza dentysty?

- częściej niż raz na pół roku     raz na pół roku     raz na rok  
 rzadziej niż raz na rok     nigdy nie byłem/am (przejdź do pytania nr 11)

### 10. Kiedy idziesz do lekarza dentysty?

- regularnie na kontrolę     jeżeli zauważę dziurę w zębie     gdy boli mnie ząb

### 11. Czy boisz się wizyty u lekarza dentysty?

- tak     nie

### 12. Skąd wiesz jak prawidłowo dbać o higienę jamy ustnej?

- od rodziców     od lekarza dentysty     ze szkoły     z internetu     z telewizji  
 inne źródła (jakie?) .....

.....  
(miejscowość, data) (podpis i pieczęć lekarza)

.....  
Pieczęć świadczeniodawcy

**KARTA BADANIA STOMATOLOGICZNEGO UCZESTNIKA**

Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lata na lata 2018 – 2020

Nr .....

Nazwisko i imię dziecka: .....

Data urodzenia:.....

Stan higieny jamy ustnej:

dobry       zły

Wada zgryzu

Nie ma       jest      krótki opis .....

**Stan uzębienia i potrzeby lecznicze**

				V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
Stan	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Potrzeby																
Stan																
Potrzeby																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
				V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			

Stan uzębienia mlecznego:	Stan uzębienia stałego:
A - zdrowy ząb mleczny	0 - zdrowy ząb stały
B - ubytek próchnicowy	1 - ubytek próchnicowy
C - wypełnienie	2 - próchnica wtórna
D - próchnica wtórna	3 - wypełnienie
E - ząb usunięty	4 - ząb usunięty
T - uraz	5 - uszczelnienie bruzd
	6 - uraz
	7 - ząb niewyrznięty

**Potrzeby lecznicze :**

0 - brak potrzeb leczniczych
1 - aplikacja lakieru fluorkowego
2 - uszczelnienie bruzd
3 - wypełnienie na 1 powierzchni
4 - wypełnienie na 2 lub więcej powierzchniach
5 - leczenie endodontyczne
6 - ekstrakcja
7 - inne

puw =
PUW =

## INFORMACJA DLA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA

Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lata na lata 2018 – 2020

### Zalecany sposób dalszego postępowania (leczenia)

1. Dbanie o higienę jamy ustnej oraz racjonalne odżywianie.
2. Wskazane jest leczenie następujących zębów:

mlecznych:.....

stałych:.....

3. Wskazane jest usunięcie następujących zębów:

mlecznych:.....

stałych:.....

4. Wskazana jest konsultacja ortodontyczna:

TAK                       NIE

5. Wskazana jest intensywna profilaktyka fluorkowa:

2 x w roku 4 x w roku

6. Kolejna wizyta kontrolna powinna zostać zrealizowana:

.....

7. Inne zalecenia:

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

.....  
(miejscowość, data) (podpis i pieczęć lekarza)

### ANKIETA SATYSFAKcji PACJENTA

Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lat na lata 2018 – 2020  
I rok - 2018 r. II rok – 2019, III rok - 2020

Szanowni Państwo,

uprzejmie prosimy o wypełnienie ankiety ewaluacyjnej realizacji programu profilaktycznego z zakresu zapobiegania próchnicy prowadzonego przez Gminę Zbąszynek, w którym uczestniczyło Państwa dziecko. Uzyskane informacje posłużą do oceny efektywności Programu i weryfikacji jego celowości. Ankieta jest anonimowa, nie wymaga podawania imienia i nazwiska.

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź wstawiając znak „X” w kratce obok odpowiedzi.

LP.	Jak ocenia Pan/i:	Bardzo dobrze	Dobrze	Dostatecznie	Źle
1	Sprawność rejestracji pacjenta				
2	Dotrzymanie terminu przyjęcia				
3	Uprzejmość, okazywanie zrozumienia i zainteresowania przez lekarza				
4	Zrozumiałość przekazanych przez lekarza informacji dotyczących stanu uzębienia dziecka i ewentualnych wskazań do leczenia				
5	Zrozumiałość przekazanych przez lekarza informacji dotyczących prawidłowej higieny jamy ustnej				
6	Inne uwagi:				

1. Jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę w zakresie poniższych zagadnień ( w skali ocen od 1 do 5, gdzie 5 to najwyższa ocena)?

1.1. Zapobiegania powstawania próchnicy i chorób dziąseł u dzieci?

1.2. Zachęcania dzieci do dbania o zęby poprzez ich codzienne mycie i wizyty u dentysty?

1.3. Czynników wpływających na rozwój próchnicy u dzieci?

1. Czy uważa Pan/Pani, że uczestnictwo w Programie było korzystne dla zdrowia Pana/Pani dziecka?

- TAK  RACZEJ TAK  
 NIE  RACZEJ NIE  
 NIE WIEM

2. Czy uczestnictwo w programie zwiększyło Pana/Pani wiedzę w zakresie profilaktyki stomatologicznej?

- TAK  RACZEJ TAK  
 NIE  RACZEJ NIE  
 NIE WIEM

3. Czy uzyskana przez Pana/Panią wiedza będzie wykorzystywana w dalszej opiece nad dzieckiem?

- NIEZBĘDNA  PRZYDATNA  
 MAŁO PRZYDATNA  NIEPOTRZEBNA

4. Jak ocenia Pan/Pani zaangażowanie personelu medycznego realizującego program?

- DOBRZE  RACZEJ DOBRZE  
 ŹLE  RACZEJ ŹLE  
 NIE WIEM

.....  
Pieczęć świadczeniodawcy (miejscowość, data)

## FORMULARZ SPRAWOZDANIA ROCZNEGO ZA.....ROK

Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lat na lata 2018 – 2020

### I. Informacje ogólne

1. Czy świadczenia zdrowotne były udzielane zgodnie z umową zawartą pomiędzy Gminą Zbąszynek, a Realizatorem Programu?

TAK      NIE

2. Świadczenia udzielane były przez osoby wskazane w ww. umowie?

TAK      NIE

### II. Informacje o programie

#### 1. Okres realizacji świadczeń:

--

#### 2. Zrealizowane działania informacyjne ( załączyć zaświadczenie o zrealizowanych działaniach) :

--

#### 3. Wyniki realizacji programu:

1. Liczba dzieci w wieku 11-12 lat, u których przeprowadzono profilaktyczne badanie jamy ustnej	
3. Liczba dzieci, u których wykonano zabieg profilaktycznego lakowania zębów	
4. Liczba dzieci skierowanych na dalsze leczenie stomatologiczne/ortodontyczne	

#### 4. Analiza wyników uzyskanych informacji zawartych w ankietach:\*

--



**5. Wnioski z przeprowadzonej ankiety:\***

--

**6. Wnioski z przeprowadzonego badania stomatologicznego dzieci, w tym określenie odsetka dzieci z próchnicą na początku realizacji Programu: \***

--

**7. Wnioski z rocznej realizacji Programu:**

--

**III. Roczne rozliczenie finansowe Programu:**

Koszty realizacji Programu zgodnie z zawartą umową:	
Kwota wydatkowana na realizację Programu:	

**IV. Załączniki** (np. materiały informacyjno-edukacyjne wykorzystywane w Programie).

- 1.zaświadczenie ze spotkania informacyjno-edukacyjnego
2. ....
3. ....

.....  
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania  
Realizatora programu)

\* pkt.4, pkt. 5 i pkt 6 należy wypełnić wyłącznie przy pierwszym sprawozdaniu rocznym

UWAGA: W przypadku braku miejsca w rubrykach można dołączyć do formularza oddzielne kartki.