

INFORMACJE NA TEMAT BIOLOGICZNEGO OJCA

| | | |
|--------------------------|---------------|--------------|
| IMI I NAZWISKO DZIECKA | | NUMER SPRAWY |
| IMI I NAZWISKO REFERENTA | NAZWA AGENCJI | |

INSTRUKCJE DOTYCZĄCE WYPEŁNIANIA:

- Prosz wyra nie wypełni dokument drukowanymi literami, u ywaj c atramentu.
- Prosz uzupełni wszystkie pola. Je li nie zna Pan odpowiedzi dla danego pola, prosz wpisa „nie wiem”.
- Formularz AD 67A składa si z dwóch oddzielnych cz ci. Cz I składa si z informacji „identyfikuj cych” i jest poufna. adna z informacji nie zostanie przekazana adoptowanemu dziecku ani jego rodzicowi adopcyjnemu / rodzicom adopcyjnym, chyba e zezwoli Pan na to pisemnie. Cz II składa si z informacji „nieidentyfikuj cych”. Prawo adopcyjne obowiu zuj ce w stanie Kalifornia wymaga, aby kopia Cz ci II, która jest zwi zana z informacjami medycznymi, psychologicznymi i społecznymi, została przekazana rodzicowi adopcyjnemu / rodzicom adopcyjnym dziecka przez finalizacj adopcji oraz na pisemn pro b adoptowanego dziecka po uko czeniu przez niego/ni 18 lat.
- Wszystkie informacje wymagane w niniejszym formularzu s konieczne do zako czenia adopcji dziecka.

CZĘŚĆ I - INFORMACJE IDENTYFIKUJĄCE NA TEMAT BIOLOGICZNEGO OJCA

Niniejsze informacje b d poufne, chyba e dostarczy Pan pisemne zezwolenie na ich ujawnienie.

A. IMIĘ I NAZWISKO / ADRES

| | | | | | |
|---|-------------------|--------------------------------------|---|--|-----------------------------|
| IMI I NAZWISKO OJCA (PIERWSZE I DRUGIE IMI , NAZWISKO) | | | INNE NAZWISKA, POD KTÓRYMI WYST PUJE | | |
| NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO | NUMER PRAWA JAZDY | DATA URODZENIA (MIESI C, DZIE , ROK) | MIEJSCE URODZENIA (MIASTO, WOJEWÓDZTWO, KRAJ) | | |
| OBECNY ADRES (ULICA, MIASTO, WOJEWÓDZTWO, KOD POCZTOWY) | | | | | NUMER TELEFONU () |
| STAŁY ADRES DO KORESPONDENCJI (ULICA, MIASTO, WOJEWÓDZTWO, KOD POCZTOWY)* | | | | | STAŁY NUMER TELEFONU () |

OGRANICZENIA DOTYCZ CE WYKORZYSTANIA STAŁEGO ADRESU DO KORESPONDENCJI, JE LI ISTNIEJ

B. RODZICE BIOLOGICZNEGO OJCA (Rodzice, którzy Pana wychowali)

| | | | | | |
|--|--------------|--------|---|--------------|--------|
| IMI I NAZWISKO MATKI BIOLOGICZNEGO OJCA (PIERWSZE I DRUGIE IMI , NAZWISKO) | | | IMI I NAZWISKO OJCA BIOLOGICZNEGO OJCA (PIERWSZE I DRUGIE IMI , NAZWISKO) | | |
| ADRES | ULICA | MIASTO | ADRES | ULICA | MIASTO |
| WOJEWÓDZTWO | KOD POCZTOWY | | WOJEWÓDZTWO | KOD POCZTOWY | |
| CZY PANA MATKA WIE O ADOPCJI? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM | | | CZY PANA OJCIEC WIE O ADOPCJI? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM | | |
| CZY JE LI W PRZYSZŁO CI KONIECZNE B DZIE ZLOKALIZOWANIE PANA, MO EMY SKONTAKTOWA SI Z PANA MATK W CELU UZYSKANIA POMOCY? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | | CZY JE LI W PRZYSZŁO CI KONIECZNE B DZIE ZLOKALIZOWANIE PANA, MO EMY SKONTAKTOWA SI Z PANA OJCEN W CELU UZYSKANIA POMOCY? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | |

C. OJCOSTWO NIELETNIEGO

Czy kiedykolwiek Pan i biologiczna matka dziecka byli cie mał e stwem? Tak Nie

Je li tak, prosz poda dat i miejsce lubu: _____

Je li s Pa stwo rozwiedzeni, prosz poda dat i miejsce rozvodu: _____

Czy kiedykolwiek Pan i biologiczna matka dziecka próbowali si pobra ? Tak Nie

Je li tak, prosz wyja ni: _____

Czy obecnie jest Pan m em biologicznej matki dziecka? Tak Nie

* UWAGA: Wa ne jest, aby poinformowa Kalifornijski Departament Usług Socjalnych w przypadku jakichkolwiek zmian w stałym adresie do korespondencji.

D. INNE DZIECI

Czy oprócz adoptowanego dziecka ma Pan inne dzieci? Tak Nie

Jeśli tak, proszę uzupełnić następujące pola:

| IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA | PŁEĆ | | PROSZĘ ZAZNACZYĆ, (✓) JEŚLI JEST PAN SPOKREWNIONY Z ADOPTOWANYM DZIECKIEM | | DATA URODZENIA DZIECKA | KTO OPIEKUJE SIĘ DZIECKIEM? (Proszę określić związek opiekuna z dzieckiem) |
|-------------------------|------|---|---|-----------|------------------------|---|
| | M | K | CAŁKOWICIE | CZĘŚCIOWO | | |
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |

E. POCHODZENIE OD RDZENNYCH AMERYKANÓW (należy wypełnić formularz ICWA-020)

Czy ktokolwiek w Pańskiej rodziny od strony matki lub ojca ma pochodzenie od rdzennych Amerykanów? Tak Nie

Je li tak, od jakiego plemienia / jakich plemion? _____ Gdzie znajduje/znajduj si plemi /plemiona? _____

Czy Pan lub Pascy rodzice s obecnie członkami plemienia lub mają jakichkolwiek przodków, którzy byli członkami plemienia? Tak Nie

Je li tak, jaki jest Pana lub ich numer rejestracyjny / numery rejestracyjne? _____

Czy Pan, Pana rodzice, dziadkowie lub jacykolwiek inni przodkowie posiadali kiedykolwiek Za wiadczenie o stopniu krwi indiańskiej (CDIB)? Je li tak, prosz do niniejszego kwestionariusza doł czy kopi za wiadczenia CDIB. Tak Nie

F. WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE

Czy kiedykolwiek korzystał Pan z pomocy psychologa, psychiatry, pracownika socjalnego poradni, terapeuty z zakresu zdrowia psychicznego lub behawioralnego w zwi zku z jakimikolwiek problemami emocjonalnymi, psychologicznymi lub behawioralnymi, na które mógł Pan cierpieć? Tak Nie

Je li tak, prosz uzupełni następujące pola:

DATA/DATY I POWODY LECZENIA

IMI I NAZWISKO TERAPEUTY I/LUB NAZWA AGENCJI, KTÓRA WIADCZYŁA LECZENIE

LOKALIZACJA

PROSZ WSKAZA LEKI PRZEPISANE W CZASIE TRWANIA LECZENIA

POWODY DO PRZERWANIA LECZENIA, JE LI NIE JEST JU PAN LECZONY

G. PYTANIA DOTYCZĄCE ADOPCJI (tylko w przypadku adopcji niezależnych)

1. Czy podczas tej adopcji reprezentuje Pana adwokat? Tak Nie
2. Czy Pana adwokat reprezentuje równie rodzica adopcyjnego / rodziców adopcyjnych? Tak Nie Nie wiem
3. Kto pokrył wydatki związane z ciążą, w tym wydatki za opiekę perinatalną, poród i inne? _____
4. Jak kwotę pokryli? (Proszę wskazać, jeśli kwota nie jest znana) _____
5. Czy rodzic adopcyjny / rodzice adopcyjni płacił/płacili jakiegokolwiek wydatki na życie biologicznej matki? Tak Nie Nie wiem
6. Prawo adopcyjne obowiązujące w stanie Kalifornia stanowi, że biologiczni rodzice, którzy oddają dziecko do adopcji, muszą posiadać informacje na temat rodzica adopcyjnego / rodziców adopcyjnych.
Proszę wskazać, czy zna Pan następujące informacje na temat rodzica adopcyjnego / rodziców adopcyjnych:
- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|
| Pełne imię i nazwisko | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Wiek | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Wyznanie | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Rasa lub przynależność etniczna | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Długo obecności małżeństwa | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Liczba poprzednich małżeństw | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Ogólne miejsce zamieszkania (jeśli konieczne, ich adres) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Zatrudnienie..... | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Czy inne dzieci lub dorośli mieszkają w ich domu | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | | |
| Dzieci, które nie mieszkają w domu | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | | |
| Jakiegokolwiek świadczenia alimentacyjne na rzecz tych dzieci | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | | |
| Jakiegokolwiek brak zapłaty świadczeń alimentacyjnych | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | | |
| Warunki zdrowotne ograniczające zwyczajne codzienne czynności lub skracające średni długość życia | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | | |
| Jakiegokolwiek przypadki zatrzymania lub skazania za przestępstwa inne niż niewielkie wykroczenia drogowe..... | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | | |
| Jakiegokolwiek przypadki usunięcia dziecka z opieki z powodu przemocy wobec dziecka lub jego zaniedbywania | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | | |
7. Jakich dodatkowych informacji oczekuje Pan lub potrzebuje na temat rodzica adopcyjnego / rodziców adopcyjnych? _____

8. Czy poznał Pan rodzica adopcyjnego / rodziców adopcyjnych? Tak Nie
9. Jeśli tak, jak dobrze ich Pan zna? _____

PODPIS OJCA BIOLOGICZNEGO

DATA WYPEŁNIENIA FORMULARZA

Powyższe informacje zostały podane przez: (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)

Biologiczną matkę Biologicznego ojca Inną osobę (proszę wyjaśnić) _____

| | | |
|--------------------------|--|---------------|
| IMI I NAZWISKO DZIECKA | | NUMER SPRAWY |
| IMI I NAZWISKO REFERENTA | | NAZWA AGENCJI |

CZĘŚĆ I - INFORMACJE NIEIDENTYFIKUJĄCE NA TEMAT BIOLOGICZNEGO OJCA

Niniejsze informacje zostaną ujawnione rodzicowi adopcyjnemu / rodzicom adopcyjnym i b d dost pne dla dziecka.
Prosz odpowiedzie na wszystkie pytania mo liwie najdokładniej.

CECHY BIOLOGICZNEGO OJCA W MOMENCIE NARODZIN ADOPTOWANEGO DZIECKA

A. INFORMACJE OGÓLNE I OPIS WYGLĄDU

| | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|------------|-------------|--|---|--|
| WZROST | TYPOWA WAGA | KOLOR OCZU | KOLOR SKÓRY | NATURALNY KOLOR WŁOSÓW | NATURALNA FAKTURA WŁOSÓW (PROSZĘ ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE ODPOWIEDNIE POLA) <input type="checkbox"/> CIENKIE <input type="checkbox"/> REDNIE <input type="checkbox"/> GRUBE <input type="checkbox"/> PROSTE <input type="checkbox"/> FALOWANE <input type="checkbox"/> KR CONE <input type="checkbox"/> ŁYSINA | |
| DATA URODZENIA (TYLKO ROK) | MIEJSCE URODZENIA (TYLKO WOJEWÓDZTWO) | GRUPA KRWI | CZYNNIK RH | TYP BUDOWY CIAŁA: <input type="checkbox"/> EKTOMORFICZNA <input type="checkbox"/> MEZOMORFICZNA <input type="checkbox"/> ENDOMORFICZNA | | CZY JEST PAN PRAWOR CZNY? <input type="checkbox"/> LEWOR CZNY? <input type="checkbox"/> |

RASA / GRUPA ETNICZNA

- Członek rasy białej Latynos Filipi czyk Członek rasy czarnej Azjata lub mieszkaniec Wysp Pacyfiku
 Rdzenny Amerykanin lub rdzenny mieszkaniec Alaski Inny (prosz okre li) _____

Je li jest Pan rdzennym Amerykaninem lub rdzennym mieszka cem Alaski, prosz poda nazw plemienia oraz stopie krwi india skiej (jeśli są znane) _____

KONKRETNE POCHODZENIE NARODOWE (PRZYKŁADOWO: POCHODZENIE IRLANDZKIE, FRANCUSKIE, NIEMIECKIE, KANTOŃSKIE, MEKSYKAŃSKIE, NIGERYJSKIE)

B. WYKSZTAŁCENIE:

| | | | |
|-----------------------------------|---|---|----------------|
| OSTATNI UKO CZONY STOPIE EDUKACJI | CZY OBECNIE PRZEBYWA PAN W SZKOLE? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | OCENY, KTÓRE PRZEWA NIE OTRZYMYWAŁ PAN W SZKOLE | INNE SZKOLENIA |
|-----------------------------------|---|---|----------------|

ZAJ CIA POZALEKCYJNE

PRZEDMIOTY W OBR BIE PANA ZAINTERESOWA

C. ZAWÓD

| | | |
|--------------|---------------|--|
| OBECNY ZAWÓD | OD JAK DAWNA? | ZAZWYCZAJ WYKONYWANE CZYNNO CI ZAWODOWE? |
|--------------|---------------|--|

JAKIE S PANA CELE ZAWODOWE? (PRZYKŁADOWO: ZOSTAĆ NAUCZYZIELEM, SPAWACZEM, SPRZEDAWCĄ)

D. OSOBOWOŚĆ

PROSZ OPISA SWOJ OSOBOWO POD K TEM TYPOWYCH ZACHOWA , POSTAW, HUMORÓW, CZYNNO CI, W KTÓRYCH ZAZWYCZAJ BIERZE PAN UDZIAŁ, RODZAJÓW OSÓB, Z KTÓRYMI LUBI PAN PRZEBYWA ITD.

PROSZ OPISA SWOJE TALENTY, HOBBY I CELE W YCIU

PROSZ OPISA, JAKI BYŁ PAN JAKO DZIECKO

E. PYTANIA DOTYCZĄCE ADOPCJI

JAKIEGO JEST PAN WYZNANIA? _____

CZY CHCE PAN WYCHOWAĆ DZIECKO W WIERZE RODZICA ADOPCYJNEGO / RODZICÓW ADOPCYJNYCH, JE LI TA JEST INNA NI PA SKA?

TAK NIE JE LI NIE, W JAKIEJ RELIGII CHCE PAN, EBY DZIECKO ZOSTAŁO WYCHOWANE? _____.

DLACZEGO PRZEKAZUJE PAN DZIECKO DO ADOPCJI? (PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ MOŻLIWIE JAK NAJDOKŁADNIEJ. POWYŻSZE PYTANIE NAJCZĘŚCIEJ ZADAJĄ AGENCJOM ADOPCYJNYM DOROSLI ADOPTOWANI.)

JE LI PA SKIE DZIECKO NIE BYŁO PRZEKAZANE DO ADOPCJI W MOMENCIE URODZENIA, PROSZ PODA INFORMACJ NA TEMAT OPIEKI DZIECKA, JEGO ZDROWIA I ROZWOJU PRZED ODDANIEM GO DO ADOPCJI.

CO S DZI PAN O TYM, BY DZIECKO ODDAWANE DO ADOPCJI SKONTAKTOWAŁO SI Z PANEM W MOMENCIE, GDY OSI GNIE ONO PEŁNOLETNIO ?

F. HISTORIA STANU ZDROWIA

PROSZ OPISA SWOJE OGÓLNE ZDROWIE

NA JAKIE CHOROBY DZIECI CE PAN CIERPIAŁ?

- ODRA: RÓZYCYKA (3 DNI) WINKA KATAR SIENNY ZAPALENIE UCHA GORCZKA REUMATYCZNA KRZTUSIEC
 ODRA (2 TYGODNIE) OSPA WIETRZNA RUMIE NAGŁY ZAPALENIE MÓZGU SZMERY SERCOWE ZAKAZENIE DROG MOCZOWYCH/PECHERZA
 ASTMA ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH PŁONICA INNE (proszę określić) _____

CZY PRZESZEDŁ PAN JAK KOLWIEK POWAŻNĄ OPERACJĄ? TAK NIE

JE LI TAK, Z POWODU JAKICH SCHOROZ /I KIEDY? _____

CZY JEST PAN:

- BLI NIAKIEM TROJACZKIEM Z INNEJ CIĘ MNOGIEJ

CZY JEST PAN:

- BLIŻNIAKIEM DWUJAJOWYM LUB BLI NIAKIEM JEDNOJAJOWYM

CZY PRZED POCZCIEM DZIECKA STOSOWAŁ PAN UŻYWKI: ALKOHOL, TYTO LUB INNE? TAK NIE

JE LI TAK, PROSZ PODA RODZAJ SUBSTANCJI, DŁUGOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ UŻYWANIA: _____

G. HISTORIA RODZINY

CZY PAN LUB JAKIKOLWIEK CZŁONEK PAŃSKIEJ NAJBLIŻSZEJ RODZINY BYŁ ADOPTOWANY? TAK NIE

JE LI TAK, PROSZ PODA KTO TO BYŁ: _____

| | PANA BIOLOGICZNY OJCIEC | | PANA BIOLOGICZNA MATKA | |
|--|---|-------|---|-------|
| Obecny wiek | | | | |
| Je li ojciec nie żyje, prosz wskaza wiek ojca w momencie mierci | | | | |
| Przyczyna mierci | | | | |
| Wzrost i waga | WZROST | WAGA | WZROST | WAGA |
| Kolor i faktura włosów | | | | |
| Kolor oczu | | | | |
| Kolor skóry | | | | |
| Lewo- lub praworęczny | | | | |
| Cechy wybitkowe | | | | |
| Ukończona edukacja | | | | |
| Zawód | | | | |
| Rasa / grupa etniczna | <input type="checkbox"/> BIAŁY <input type="checkbox"/> LATYNOS <input type="checkbox"/> CZARNY <input type="checkbox"/> FILIPI CZYK <input type="checkbox"/> INNY (PROSZĘ OKREŚLIĆ) <input type="checkbox"/> MIESZKANIEC AZJI LUB WYSP PACYFIKU <input type="checkbox"/> RDZENNY MIESZKANIEC AMERYKI LUB ALASKI | | <input type="checkbox"/> BIAŁY <input type="checkbox"/> LATYNOS <input type="checkbox"/> CZARNY <input type="checkbox"/> FILIPI CZYK <input type="checkbox"/> INNY (PROSZĘ OKREŚLIĆ) <input type="checkbox"/> MIESZKANIEC AZJI LUB WYSP PACYFIKU <input type="checkbox"/> RDZENNY MIESZKANIEC AMERYKI LUB ALASKI | |
| Narodowo | | | | |
| Wyznanie | | | | |
| Czy rodzic wiedział o cię? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | |
| Ilu miał braci lub ile siostr? | | | | |
| Je li którakolwiek z ciotek lub którykolwiek z wujków zmarli, prosz poda ich wiek w momencie mierci oraz przyczyn mierci | | | | |
| | RODZICE PAŃSKIEGO OJCA | | RODZICE PAŃSKIEJ MATKI | |
| | OJCIEC | MATKA | OJCIEC | MATKA |
| Wiek | | | | |
| Je li nie żyje, prosz wskaza wiek ojca w momencie mierci i przyczyn mierci | | | | |
| Prosz opisa wyglądy fizyczny | | | | |
| Wzrost i waga | WZROST | WAGA | WZROST | WAGA |
| Cechy wybitkowe | | | | |
| Ukończona edukacja | | | | |
| Obecny lub dawny zawód | | | | |
| Czy rodzic wiedział o cię? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | |

G. HISTORIA RODZINY (ciąg dalszy)

BRACIA I SIOSTRY

(Jeśli ma Pan więcej niż 4 rodzeństwa, proszę skorzystać z dodatkowego papieru)

| | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Płe (kobieta lub m czyzna) | | | | | | | | |
| Wiek | | | | | | | | |
| Je li nie yje, prosz wskaza wiek w momencie mierci i przyczyn mierci | | | | | | | | |
| Czy jest to rodze stwo rodzone czy przyszywane? | <input type="checkbox"/> RODZONE <input type="checkbox"/> PRZYRODNIE | <input type="checkbox"/> RODZONE <input type="checkbox"/> PRZYRODNIE | <input type="checkbox"/> RODZONE <input type="checkbox"/> PRZYRODNIE | <input type="checkbox"/> RODZONE <input type="checkbox"/> PRZYRODNIE | <input type="checkbox"/> RODZONE <input type="checkbox"/> PRZYRODNIE | <input type="checkbox"/> RODZONE <input type="checkbox"/> PRZYRODNIE | <input type="checkbox"/> RODZONE <input type="checkbox"/> PRZYRODNIE | <input type="checkbox"/> RODZONE <input type="checkbox"/> PRZYRODNIE |
| Wzrost i waga | WZROST | WAGA | WZROST | WAGA | WZROST | WAGA | WZROST | WAGA |
| Kolor i faktura włosów | | | | | | | | |
| Kolor oczu | | | | | | | | |
| Kolor skóry | | | | | | | | |
| Hobby i talenty | | | | | | | | |
| Ostatni uko czony stopie edukacji | | | | | | | | |
| Czy obecnie przebywa w szkole? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Zawód | | | | | | | | |
| Czy wie o ci y? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Stan cywilny | | | | | | | | |
| Liczba ich dzieci | | | | | | | | |
| Zdrowie ich dzieci | | | | | | | | |

PAŃSKIE INNE DZIECI

(Jeśli ma Pan więcej niż 4 dzieci, proszę skorzystać z dodatkowego papieru)

| | DZIECKO NR 1 | | DZIECKO NR 2 | | DZIECKO NR 3 | | DZIECKO NR 4 | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Prosz wskaza , czy jest to córka czy syn | | | | | | | | |
| Data urodzenia lub wiek | | | | | | | | |
| Czy dziecko jest rodzonym czy przyrodnim bratem lub siostr adoptowanego? | <input type="checkbox"/> RODZONE <input type="checkbox"/> PRZYRODNIE | <input type="checkbox"/> RODZONE <input type="checkbox"/> PRZYRODNIE | <input type="checkbox"/> RODZONE <input type="checkbox"/> PRZYRODNIE | <input type="checkbox"/> RODZONE <input type="checkbox"/> PRZYRODNIE | <input type="checkbox"/> RODZONE <input type="checkbox"/> PRZYRODNIE | <input type="checkbox"/> RODZONE <input type="checkbox"/> PRZYRODNIE | <input type="checkbox"/> RODZONE <input type="checkbox"/> PRZYRODNIE | <input type="checkbox"/> RODZONE <input type="checkbox"/> PRZYRODNIE |
| Je li dziecko nie yje, prosz wskaza wiek dziecka w momencie mierci | | | | | | | | |
| Przyczyna mierci | | | | | | | | |
| Wzrost i waga | WZROST | WAGA | WZROST | WAGA | WZROST | WAGA | WZROST | WAGA |
| Kolor i faktura włosów | | | | | | | | |
| Kolor oczu | | | | | | | | |
| Kolor skóry | | | | | | | | |
| Lewo- lub prawor czno | | | | | | | | |
| Oceny w szkole | | | | | | | | |
| Czy dziecko mieszka z Panem? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Hobby i talenty | | | | | | | | |
| Ogólne zdrowie | | | | | | | | |
| Powa na operacja | | | | | | | | |
| Problemy zdrowotne | | | | | | | | |
| Czy dziecko wiedziało o ci y? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

H. HISTORIA ZDROWIA PANA, PAŃSKICH RODZICÓW LUB INNYCH KREWNYCH

Zaznaczając odpowiednie pole, proszę wskazać czy PAN lub którykolwiek KREWNY (tj. Pańscy rodzice, siostry, bracia, ciotki, wujkowie, dziadkowie, inne dzieci, których jest Pan ojcem itd.) chorowali lub obecnie chorują na schorzenia wymienione poniżej. Proszę wskazać relację osoby z Panem. Proszę uzupełnić część „Komentarze”. Jeśli konsekwencją schorzenia była śmierć któregoś członka rodziny, w części „Komentarze” proszę wskazać schorzenie oraz przybliżony wiek osoby w momencie śmierci.

| SCHORZENIE | NIE | Nieznane | TAK U wypeł- niającego | TAK – KREWNY (Proszę określić relację) | KOMENTARZE |
|--|-----|----------|------------------------------|--|---|
| A. WADY WRODZONE | | | | | |
| 1. Stopa końsko-szpotała lub inny problem ortopedyczny (tj. płaskostopie itd.) | | | | | |
| 2. Rozszczep wargi lub rozszczep podniebienia | | | | | |
| 3. Zespół Downa | | | | | |
| 4. Inna aberracja chromosomowa | | | | | |
| 5. Wodogłowie | | | | | |
| 6. Dystrofie mięśniowe | | | | | Jakich części ciała dotyczy? Wiek w momencie wystąpienia choroby? |
| 7. Niedobór wzrostu | | | | | |
| 8. Rozszczep kręgosłupa | | | | | |
| 9. Wada serca | | | | | |
| 10. Anemia sierpowata | | | | | |
| 11. Choroba Taya-Sachsa | | | | | |
| B. ALERGIE | | | | | Na jakie alergię? Jakie leczenie? Jaki lek? |
| 1. Wyprysk lub inne schorzenie skórne | | | | | |
| 2. Katar sienny lub inna alergia | | | | | |
| 3. Alergia na leki | | | | | Na jakie leki? |
| 4. Alergia pokarmowa | | | | | Na jakie jedzenie? |
| C. ZABURZENIA WIDZENIA, STOMATOLOGICZNE, SŁUCHU I ROZWOJU | | | | | |
| 1. Ślepotą, jaskra, daltonizm lub inne problemy ze wzrokiem | | | | | |
| 2. Okulary korekcyjne lub soczewki kontaktowe Krótkowzroczność | | | | | W jakim wieku konieczne było przepisanie na receptę szkieł |
| Krótkowzroczność | | | | | |
| Dalekowzroczność | | | | | |
| Astygmatyzm (niemożność skupienia się) | | | | | |
| Zez (zmrużone oko) | | | | | |
| Inne (proszę wyjaśnić) | | | | | |
| 3. Aparat na zębach lub inna pomoc ortodontyczna | | | | | Jeśli tak, o jaką pomoc ortodontyczną chodzi i na jak |

H. HISTORIA ZDROWIA PANA, PAŃSKICH RODZICÓW LUB INNYCH KREWNYCH (ciąg dalszy)

| SCHORZENIE | NIE | Nieznane | TAK U wypeł- niającego | TAK – KREWNY (Proszę określić relację) | KOMENTARZE |
|--|-----|----------|------------------------------|--|--|
| 4. Głuchota lub inne problemy z uchem | | | | | Edukacja specjalna? Jeśli „tak”, proszę podać wiek w momencie rozpoczęcia. |
| 5. Problemy z mową | | | | | |
| 6. Trudność w uczeniu się | | | | | Rozpoznanie? Hospitalizacja? |
| 7. Ułomność rozwojowa | | | | | |
| D. ZABURZENIA KRAŻENIA | | | | | |
| 1. Hemofilia | | | | | |
| 2. Anemia sierpowata lub sierpowica | | | | | |
| 3. Nadciśnienie tętnicze (wysokie ciśnienie krwi) | | | | | Wiek w momencie wystąpienia choroby? Jakie leczenie? Hospitalizacja? |
| 4. Udar mózgu | | | | | |
| 5. Zawał mięśnia sercowego (choroba wieńcowa) | | | | | |
| 6. Zapalenie stawów | | | | | Jakiego rodzaju? Wiek w momencie wystąpienia choroby? |
| 7. Nefropatia | | | | | Wiek w momencie wystąpienia choroby? Jakie leczenie? |
| E. ZABURZENIA HORMONALNE | | | | | Wiek w momencie wystąpienia choroby? Jakie leczenie? |
| 1. Cukrzyca | | | | | |
| 2. Choroba tarczycy | | | | | |
| 3. Otyłość (nadwaga) | | | | | |
| F. ZABURZENIA UKŁADU ODDECHOWEGO | | | | | Jakakolwiek znana przyczyna? Jakie leczenie? |
| 1. Astma | | | | | |
| 2. Przewlekła obturacyjna choroba płuc | | | | | Wiek w momencie wystąpienia choroby? |
| 3. Gruźlica | | | | | Wiek w momencie wystąpienia choroby? Jakiego rodzaju? |
| G. ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA | | | | | Wiek w momencie wystąpienia choroby? Jakie leczenie? |
| 1. Rozpoznana schizofrenia | | | | | |
| 2. Rozpoznane zaburzenia afektywne dwubiegunowe | | | | | |
| 3. Inne choroby psychiczne. Proszę opisać, korzystając z dodatkowej strony, jeśli to konieczne | | | | | |
| 4. Alkoholizm lub nadmierne spożywanie alkoholu | | | | | |
| 5. Używanie narkotyków | | | | | Rodzaj, ilość i czas spożycia? |

H. HISTORIA ZDROWIA PANA, PAŃSKICH RODZICÓW LUB INNYCH KREWNYCH (ciąg dalszy)

| SCHORZENIE | NIE | Nieznane | TAK U wypeł- niającego | TAK – KREWNY (Proszę określić relację) | KOMENTARZE |
|---|-----|----------|------------------------------|--|---|
| H. ZABURZENIA LIMFATYCZNE | | | | | Jakiego rodzaju? Wiek w momencie wystąpienia problemu? Jaka część ciała? |
| 1. Rak | | | | | |
| 2. Guzy | | | | | |
| 3. Mukowiscydoza | | | | | |
| 4. Choroba Hodgkina | | | | | |
| I. ZABURZENIA UKŁADU NERWOWEGO | | | | | Jakich części ciała dotyczy? Wiek w momencie wystąpienia problemu? |
| 1. Stwardnienie rozsiane | | | | | |
| 2. Płaszawica Huntington | | | | | |
| 3. Mózgowe porażenie dziecięce | | | | | |
| 4. Drgawki lub konwulsje | | | | | Wiek w momencie wystąpienia problemu? Jakie leczenie? Częstotliwość? |
| 5. Epilepsja | | | | | |
| J. ZAKAŻENIE, HOSPITALIZACJA | | | | | Rozpoznanie? |
| 1. Ponawiające się ataki gorączki przy znanym zakażeniu | | | | | |
| 2. Ponawiające się poważne zakażenie, wymagające hospitalizacji | | | | | |
| 3. Hospitalizacja, operacja lub uraz | | | | | Na co? Kiedy? |
| K. INNE PROBLEMY MEDYCZNE LUB ZDROWOTNE | | | | | |