



## KIDSCREEN-10 Indeks

Kwestionariusz zdrowotny dla dzieci i młodzieży

Wersja dla rodziców

Data: \_\_\_\_\_  
Miesiąc Rok

Drodzy Rodzice!

Jak się czuje Pani/Pana dziecko? Czy ma jakieś problemy i zmartwienia? Na te pytania chcielibyśmy uzyskać odpowiedź.

Prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania, opierając się na swojej wiedzy i doświadczeniach. Proszę pamiętać, że należy starać się odpowiadać z perspektywy Pana/Pani dziecka. Kwestionariusz dotyczy doświadczeń dziecka z ostatniego tygodnia.

## O zdrowiu dziecka

**Myśląc o ostatnim tygodniu.....**

1.	Czy dziecko dobrze się czuło i było sprawne fizycznie?	wcale <input type="radio"/>	trochę <input type="radio"/>	średnio <input type="radio"/>	bardzo często <input type="radio"/>	ogromnie <input type="radio"/>
2.	Dziecko było pełne energii?	nigdy <input type="radio"/>	rzadko <input type="radio"/>	dość często <input type="radio"/>	bardzo często <input type="radio"/>	zawsze <input type="radio"/>
3.	Dziecko odczuwało smutek?	nigdy <input type="radio"/>	rzadko <input type="radio"/>	dość często <input type="radio"/>	bardzo często <input type="radio"/>	zawsze <input type="radio"/>
4.	Dziecko czuło się samotne?	nigdy <input type="radio"/>	rzadko <input type="radio"/>	dość często <input type="radio"/>	bardzo często <input type="radio"/>	zawsze <input type="radio"/>
5.	Dziecko bawiło się z koleżankami i kolegami?	nigdy <input type="radio"/>	rzadko <input type="radio"/>	dość często <input type="radio"/>	bardzo często <input type="radio"/>	zawsze <input type="radio"/>
6.	Dziecko czuło, że rodzic(e) traktuje(a) je sprawiedliwie (równo z innymi)?	nigdy <input type="radio"/>	rzadko <input type="radio"/>	dość często <input type="radio"/>	bardzo często <input type="radio"/>	zawsze <input type="radio"/>
7.	Dziecko miało wystarczająco dużo czasu dla siebie?	nigdy <input type="radio"/>	rzadko <input type="radio"/>	dość często <input type="radio"/>	bardzo często <input type="radio"/>	zawsze <input type="radio"/>
8.	W wolnym czasie dziecko mogło robić to, na co miało ochotę?	nigdy <input type="radio"/>	rzadko <input type="radio"/>	dość często <input type="radio"/>	bardzo często <input type="radio"/>	zawsze <input type="radio"/>
9.	Czy dziecku dobrze układało się w szkole?	wcale <input type="radio"/>	trochę <input type="radio"/>	średnio <input type="radio"/>	bardzo <input type="radio"/>	ogromnie <input type="radio"/>
10.	Dziecko potrafiło w szkole patrzeć i słuchać z uwagą?	nigdy <input type="radio"/>	rzadko <input type="radio"/>	dość często <input type="radio"/>	bardzo często <input type="radio"/>	zawsze <input type="radio"/>

**Jak ogólnie mogłoby Pana/Pani dziecko określić swoje zdrowie...?**

- ☐ doskonale
- ☐ bardzo dobre
- ☐ dobre
- ☐ takie sobie
- ☐ złe