|  |  |
| --- | --- |
| **Zgłoszenie** | |
| Data zgłoszenia | {{CompletedAt}} |
| Imię i nazwisko osoby przyjmującej zgłoszenie: | Monika Snycerska-Łapińska |
| Kod | {{Code}} |
| **Dane pacjenta** | |
| Imię i nazwisko | {{PatientName}} |
| Wiek | {{Age}} lat |
| PESEL | {{PersonalGovNumber}} |
| Adres zamieszkania | {{City}} |
| Dzielnica, kod pocztowy | {{Postal}},{{District}} |
| Szkoła/ przedszkole | {{StreetAndNumbers}} |
| Klasa/ grupa | {{ClassOrGroup}} |
| Dane osoby zgłaszającej | {{ReporterDetails}} |
| Imiona rodziców /opiekunów prawnych | {{KeeperNames}} |
| Z kim mieszka dziecko | {{HomeKeeper}} |
| Nr telefonu | {{Phone}} |
| *Proszę opowiedzieć co się dzieje?/ Co Pana/Panią niepokoi w zachowaniu dziecka* | {{WhatHappened}} |
| Skąd się dowiedział Pan/Pani o programie? | {{HowDidYouGetKnowledgeAboutProgram}} |
| Czy dziecko jest pod opieką psychologa lub psychiatry | {{HasPsychiatristCare}} |
| Czy posiada diagnozę | {{HasADiagnosis}} |
| Czy przyjmuje na stałe leki | {{IsTakingMedication}} |
| Czy występowały myśli samobójcze | {{HasSuicideThoughts}} |
| Czy dokonywało samookaleczeń | {{DidSelfMutilation}} |
| Osoba z niepełnosprawnościami | {{IsDisabled}} |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | {{Homeless}} |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej | {{Minority}} |