

Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji

ANKIETA

| | |
|------------------------|--|
| Imię i nazwisko | |
|------------------------|--|

DZIAŁANIA EDUKACYJNE

| Rodzaj wsparcia | Zakres wsparcia | Stopień ważności wsparcia (proszę wybrać wszystkie rodzaje wsparcia poprzez wskazanie stopnia ważności w skali od 1 do 6, gdzie 1 oznacza najważniejsze, a 6 najmniej ważne, przy czym każda cyfra może zostać użyta tylko jeden raz) |
|---|--|---|
| Szkolenie - radzenie sobie ze stresem | 5 grup do 10 osób w grupie. Czas trwania: 10 godzin szkoleniowych (10x45 minut) Zakres tematyczny: | |

| | | |
|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Pojęcie „stresu i emocji własnych” – pozytywne i negatywne następstwa braku świadomości ich występowania i kontrolowania- Typowe źródła stresu- Antystresowy styl życia, czyli jak kontrolować emocje i zapobiegać zbyt wysokiemu poziomowi stresu- Sposoby redukcji stresu wraz z ćwiczeniami praktycznymi | |
| Kurs - profilaktyka chorób psychosomatycznych | <p>1 grupa x 10 godzin szkoleniowych</p> <p>Zakres tematyczny:</p> <ul style="list-style-type: none">- Wprowadzenie do psychosomatyki- Objawy emocji w ciele i granice człowieka- Samoświadomość w pracy z zaburzeniami psychosomatycznymi- Samoakceptacja jako kluczowy aspekt w pracy z zaburzeniami psychosomatycznymi- Metody i techniki pracy z zaburzeniami psychosomatycznymi <p>Czas trwania: 10 godzin szkoleniowych (10x45 minut)</p> | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Kurs - profilaktyka chorób układu krążenia</p> | <p>1 grupa Czas trwania: 4 godziny szkoleniowe (4x45minut) Zakres tematyczny: - najczęstsze choroby układu krążenia - czynniki ryzyka w przypadku chorób układu krążenia - podstawowe badania i częstotliwość ich wykonywania - profilaktyka chorób układu krążenia</p> | |
| <p>Warsztaty z fizjoterapeutą</p> | <p>10 grup x maksymalnie 7 osób w grupie Czas trwania: 8 x 1 godzina. Zakres tematyczny: ćwiczenia odpowiednio dostosowane do możliwości grupy celem przeciwdziałania chorobom zawodowym poprzez wzmocnienie mięśni stabilizujących kręgosłup oraz poprawę jego elastyczności i ruchomości. Zwiększenie ruchomości stawów kolanowych, biodrowych i ramiennych.</p> | |
| <p>Edukacja zdrowotna (warsztaty z</p> | <p>2 grupy x maksymalnie 14 osób w grupie Czas trwania: 8 godzin Zakres tematyczny:</p> | |

| | | |
|----------------------------|---|--|
| dietetykiem) | <ul style="list-style-type: none"> - normy i wzorce żywieniowe - piramida żywieniowa - podanie wskazówek ułatwiających dokonanie zmian nawyków żywieniowych, rola śniadania, przykładowy jadłospis - ćwiczenia praktyczne w zakresie zdrowego odżywiania się. | |
| Poradnictwo psychologiczne | <p>Czas trwania: 2 godziny na osobę</p> <p>Zakres tematyczny: radzenie sobie ze stresem, z wypaleniem zawodowym, rozwiązywanie konfliktów w miejscu pracy itd.</p> | |

DODATKOWE PAKIETY BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH

| Rodzaj wsparcia | Zakres wsparcia | Stopień ważności wsparcia (proszę wybrać wszystkie rodzaje wsparcia poprzez wskazanie stopnia ważności w skali od 1 do 2 gdzie 1 oznacza najważniejsze, a 2 najmniej ważne , przy czym każda cyfra może zostać użyta tylko raz) |
|-----------------|-----------------|--|
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| Pakiet badań laboratoryjnych | morfologia, OB, Elektrolity (Na,K,Cl), Mg, Wapń całkowity, kwas moczowy, mocznik, kreatynina, AST, ALT, GGTP, bilirubina całkowita, amylaza, żelazo , TSH, FT3, FT4, Anty-TPO, Anty-TG | |
| USG bez konsultacji lekarskiej | USG do wyboru maksymalnie 2 spośród następujących: jamy brzusznej, tarczycy, jąder, Color Doppler żył/ tętnic kończyn dolnych, aorty i tętnic biodrowych, tętnic szyjnych i kręgowych, narządu ruchu, piersi. (PODKREŚL WYBRANE) | |
| LUB | | |
| Konsultacja lekarska wraz z badaniem obrazowym USG | Konsultacja lekarska wraz z badaniem obrazowym USG do wyboru maksymalnie 2 spośród następujących: jamy brzusznej, tarczycy, jąder, Color Doppler żył/ tętnic kończyn dolnych, aorty i tętnic biodrowych, tętnic szyjnych i kręgowych, narządu ruchu, piersi. (PODKREŚL WYBRANE) | |

DZIAŁANIA ZWIĘKSZAJĄCE ERGONOMIĘ MIEJSCA PRACY

| Rodzaj wyposażenia | Opis wyposażenia | Stopień ważności wyposażenia (proszę wybrać wszystkie rodzaje) |
|--------------------|------------------|---|
|--------------------|------------------|---|

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| | | wsparcia poprzez wskazanie stopnia ważności w skali od 1 do 6, gdzie 1 oznacza najważniejsze, a 6 najmniej ważne, przy czym każda cyfra może zostać użyta tylko jeden raz) |
| Biurko z regulacją wysokości | Biurko prostokątne lub narożne z elektryczną regulacją wysokości. | |
| Fotel biurowy z zagłówkiem | Fotel biurowy z regulacją siedziska, oparcia, podłokietników, zagłówka. | |
| Ponadstandardowe oświetlenie biurka | Lampka biurowa ergonomiczna, która nie będzie męczyła wzroku osoby użytkującej z regulowanym ramieniem, możliwością zmiany natężenia i barwy światła. | |
| Ergonomiczną myszkę komputerową | Zapewnia naturalną pozycję dla ramienia i nadgarstka, dzięki czemu można pracować bez wysiłku. | |
| Biurkowy uchwyt do monitora | na 1 lub 2 monitory z regulacją w płaszczyźnie poziomej i pionowej oraz kąta pochylenia | |

| | | |
|--------|---|--|
| Podest | Podest z chowanymi kółkami typu „stopa słońca”, umożliwiający korzystanie z wyższych półek i przeciwdziałający upadkom. | |
|--------|---|--|

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika/ czki projektu