

....., dnia

Adax-Med. spółka cywilna

ul. Chłopickiego 7/9 lok 59

04-314 Warszawa

NIP: 8222267363

REGON: 141490970

RPWDL: 000000024370

reprezentowana przez wspólników:

- Joannę Tylżanowską-Kisiel,

- Martę Ziemniak

Miejski – Gminy Ośrodek Pomocy Społecznej

W

.....

.....

WNIOSEK O WGLĄD W SYTUACJĘ RODZINY

Działając w imieniu podmiotu leczniczego ADAX – Med. spółka cywilna, zwracamy się z prośbą o podjęcie z urzędu działań zmierzających do kontroli sytuacji rodzinnej małoletniego, PESEL:, adres zamieszkania:

UZASADNIENIE

(tutaj należy opisać, jakie dobro małoletniego jest zagrożone, jakie są obserwacje wnioskodawcy)

Wobec powyższego, zwracam się z prośbą o podjęcie z urzędu działań zmierzających do zbadania sytuacji rodzinnej małoletniego, na podstawie uprawnień przyznanych ustawowo ośrodkom pomocy społecznej.

.....

(miejsce na podpisy)

JK

....., dnia 2024 r.

Sąd Rejonowy w

Wydział Rodzinny i Nieletnich

(adres)

Wnioskodawca:

- 1) Joanna Tylżanowska-Kisiel
ul. Bambusowa, nr 1F
04-914 Warszawa
NIP: 5321201118
- 2) Marta Ziemniak
ul. Bambusowa, nr 1F
04-914 Warszawa
NIP: 9521951292

będące współnikami spółki cywilnej o nazwie

Adax-Med. spółka cywilna

ul. Chłopickiego 7/9 lok 59

04-314 Warszawa

NIP: 8222267363

Uczestnicy postępowania:

*(dane rodziców małoletniego pacjenta: imiona,
nazwiska, adres zamieszkania)*

będący przedstawicielami ustawowymi
małoletniego:

*(dane małoletniego: imię, nazwisko, adres
Zamieszkania, numer PESEL).*

WNIOSEK O WGLAD W SYTUACJE RODZINY

Działając w imieniu podmiotu leczniczego ADAX Med. spółka cywilna, niniejszym wnosimy o:

1. podjęcie z urzędu, działań zmierzających do kontroli sytuacji rodzinnej małoletniego
....., PESEL:
2. wydanie odpowiednich zarządzeń opiekuńczych w tym przedmiocie.

UZASADNIENIE

*(tutaj należy opisać jakie dobro małoletniego jest zagrożone, jakie są obserwacje, do jakich
sytuacji doszło)*

MP

Właściwość miejscowa tutejszego Sądu została ustalona w oparciu o adres zamieszkania małoletniego.

Mając na uwadze powyższe, wniosek o wgląd w sytuację rodziny jawi się jako uzasadniony i konieczny. Wnoszę jak we wstępie.

.....

(miejsce na podpisy)

Załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 1/2024

.....
.....
zatrudniony/a lub współpracujący na stanowisku:
.....

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałam się z treścią zarządzenia nr 01/2024 z dnia 01.08.2024 w sprawie standardów ochrony małych pacjentów podmiotu leczniczego ADAX MED. spółka cywilna Jednocześnie oświadczam, iż treść przyjętych Standardów Ochrony Małych jest dla mnie zrozumiała.

Zobowiązuję się do przestrzegania zasad wprowadzonych niniejszym zarządzeniem.

Warszawa, 13.08.2024

(data i miejsce)

.....

(czytelny podpis)

TML

Załącznik nr 5 do Zarządzenia nr 1/2024

ANKIETA

Zachęcamy do wypełnienia ankiety dotyczącej ochrony naszych najmłodszych pacjentów.

Z wypełnionej przez Ciebie ankiety będziemy mogli wyciągnąć wnioski i skutecznie zabezpieczać potrzeby naszych najmłodszych pacjentów.

Z góry dziękujemy za wypełnienie poniżej ankiety.

Ankieta należy wypełnić poprzez zakreślenie kółkiem wybranej przez siebie odpowiedzi.

PS. Jest zupełnie anonimowa! :)

Kim jesteś?

- a) Pacjent
- b) Przedstawiciel ustawowy (np. rodzic), opiekun faktyczny pacjenta.

Czy zapoznałeś/aś się z standardami ochrony małoletnich pacjentów naszej Placówki?

- a) Tak
- b) Nie

Czy podczas wizyt u naszych specjalistów, zdarzyło się coś co Ciebie/Twoje dziecko, zaniepokoiło?

- a) Tak
- b) Nie

Jeśli tak, to co?

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

Czy ta sytuacja została zgłoszona do przełożonego członka personelu?

- a) Tak
- b) Nie

Jeśli nie, to dlaczego?

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

Jeśli tak, to czy byłeś/aś zadowolona z otrzymanej pomocy?

- a) Tak
- b) Nie

Jeśli nie, to dlaczego?

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

Czy czujesz się u nas bezpiecznie/Czy Twoje dziecko czuje się u nas bezpiecznie?

a) Tak

b) Nie

Jeśli nie, to dlaczego?

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

Czy jest coś, nad czym Twoim zdaniem, powinniśmy popracować w kontekście zabezpieczenia małoletnich pacjentów?

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

Załącznik nr 6 do Zarządzenia nr 1/2024

ANKIETA

DLA CZŁONKÓW PERSONELU

1. Czy znasz standardy ochrony małoletnich pacjentów obowiązujące w zakładzie leczniczym ADAX MED. Centrum Alergii i Astmy (dalej: Placówka)?

a) Tak

b) Nie

Jeśli nie, to dlaczego?

.....
.....

2. Czy znasz procedurę postępowania w przypadku powzięcia podejrzeń, że małoletni pacjent Placówki jest krzywdzony przez osobę bliską?

a) Tak -

b) Nie

3. Czy znasz procedurę postępowania w przypadku powzięcia podejrzeń, że małoletni pacjent Placówki jest krzywdzony przez członka naszego personelu?

a) Tak -

b) Nie

4. Czy wiesz gdzie w Placówce zostało wywieszone zarządzenie w zakresie standardów ochrony małoletnich pacjentów?

a) Tak

b) Nie

5. Czy uważasz, że należy w Placówce zorganizować szkolenie dla personelu z zakresu prawnych, medycznych i psychologicznych aspektów krzywdzenia dzieci?

a) Tak

b) Nie

c) Tak, ale w innym zakresie np.:

6. Czy masz jakieś pomysły/uwagi w zakresie standardów ochrony małoletnich pacjentów w naszej Placówce?

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

Uwaga! W przypadku większej niż 3 liczby osób doznających przemocy dołącz kolejną kartę zawierającą Tabelę I

II. LICZBA MAŁOLETNICH W ŚRODOWISKU DOMOWYM, W KTÓRYM PODEJRZEWA SIĘ STOSOWANIE PRZEMOCY DOMOWEJ

III. DANE OSOBY/OSÓB STOSUJĄCYCH PRZEMOC DOMOWĄ

Dane	Osoba 1 stosująca przemoc domową	Osoba 2 stosująca przemoc domową
Imię i nazwisko		
Imiona rodziców		
Wiek		
PESEL ²⁾		
<i>Adres miejsca zamieszkania:</i>		
Kod pocztowy		
Miejscowość		
Gmina		
Województwo		
Ulica		
Nr domu/nr lokalu		
Telefon lub adres e-mail		
<i>Adres miejsca pobytu (jeżeli jest inny niż adres miejsca zamieszkania):</i>		
Kod pocztowy		
Miejscowość		
Gmina		
Województwo		
Ulica		
Nr domu/nr lokalu		
Sytuacja zawodowa, w tym nazwa i adres miejsca pracy		
<i>Stosunek pokrewieństwa, powinowactwa lub rodzaj relacji z osobą doznającą przemocy domowej: (np. żona, była żona, partner, były partner, córka, pasierb, matka, teść)¹⁾</i>		

IV. CZY OSOBA STOSUJĄCA PRZEMOC DOMOWĄ ZACHOWYWAŁA SIĘ W NASTĘPUJĄCY SPOSÓB (zaznacz w odpowiednim miejscu znak X):

Osoby/formy przemocy domowej	Osoba 1 stosująca przemoc			Osoba 2 stosująca przemoc		
	wobec Osoby 1 doznającej przemocy	wobec Osoby 2 doznającej przemocy	wobec Osoby 3 doznającej przemocy	wobec Osoby 1 doznającej przemocy	wobec Osoby 2 doznającej przemocy	wobec Osoby 3 doznającej przemocy
Przemoc fizyczna ³⁾ <i>bicie, szarpanie, kopanie, duszenie, popychanie, obezwładnianie i inne (wymień jakie)</i>						
Przemoc psychiczna ³⁾ <i>izolowanie, wyzywanie, ośmieszanie, groźenie, krytykowanie, poniżanie i inne (wymień jakie)</i>						
Przemoc seksualna ³⁾ <i>zmuszanie do obcowania płciowego, innych czynności seksualnych i inne (wymień jakie)</i>						
Przemoc ekonomiczna ³⁾ <i>niełożenie na utrzymanie osób, wobec których istnieje taki obowiązek,</i>						

niezaspokojenie potrzeb materialnych, niszczenie rzeczy osobistych, demolowanie mieszkania, wynoszenie sprzętów domowych oraz ich sprzedawanie i inne (wymień jakie)						
Przemoc za pomocą środków komunikacji elektronicznej ³⁾ wyzywanie, straszenie, poniżanie osoby w Internecie lub przy użyciu telefonu, robienie jej zdjęcia lub rejestrowanie filmów bez jej zgody, publikowanie w Internecie lub rozsyłanie telefonem zdjęć, filmów lub tekstów, które ją obrażają lub ośmieszają, i inne (wymień jakie)						
Inne ³⁾ zaniedbanie, niezaspokojenie podstawowych potrzeb biologicznych, psychicznych i innych, niszczenie rzeczy osobistych, demolowanie mieszkania, wynoszenie sprzętów domowych i ich sprzedawanie, pozostawianie bez opieki osoby, która z powodu choroby, niepełnosprawności lub wieku nie może samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb, zmuszanie do picia alkoholu, zmuszanie do zażywania środków odurzających, substancji psychotropowych lub leków i inne (wymień jakie)						

V. CZY OSOBA DOZNAJĄCA PRZEMOCY DOMOWEJ ODNIOSŁA USZKODZENIA CIAŁA? (TAK/NIE)¹⁾

Osoba 1 doznająca przemocy	Osoba 2 doznająca przemocy	Osoba 3 doznająca przemocy

Uwaga! W przypadku większej niż 3 liczby osób doznających przemocy dołącz kolejną kartę zawierającą Tabelę V

VI. CZY W ŚRODOWISKU DOMOWYM BYŁA W PRZESZŁOŚCI REALIZOWANA PROCEDURA „NIEBIESKIE KARTY”?

tak (kiedy?gdzie?)

nie

nie ustalono

VII. CZY W ŚRODOWISKU DOMOWYM AKTUALNIE JEST REALIZOWANA PROCEDURA „NIEBIESKIE KARTY”?

tak nie nie ustalono

VIII. CZY OSOBA STOSUJĄCA PRZEMOC DOMOWĄ POSIADA BROŃ PALNĄ?

tak nie nie ustalono

IX. CZY OSOBA DOZNAJĄCA PRZEMOCY DOMOWEJ CZUJE SIĘ BEZPIECZNIE? (TAK/NIE)¹⁾

Osoba 1 doznająca przemocy	Osoba 2 doznająca przemocy	Osoba 3 doznająca przemocy

Uwaga! W przypadku większej niż 3 liczby osób doznających przemocy dołącz kolejną kartę zawierającą Tabelę IX

X. ŚWIADKOWIE STOSOWANIA PRZEMOCY DOMOWEJ

ustalono - wypełnij tabelę nie ustalono

Dane	Świadek 1	Świadek 2	Świadek 3
Imię i nazwisko			
Wiek			
<i>Adres miejsca zamieszkania:</i>			
Kod pocztowy			
Miejscowość			
Gmina			

Województwo			
Ulica			
Nr domu/nr lokalu			
Telefon lub adres e-mail			
<i>Stosunek świadka do osób, wobec których są podejmowane działania w ramach procedury „Niebieskie Karty” (np. członek rodziny, osoba obca)¹⁾</i>			

XI. DZIAŁANIA INTERWENCYJNE PODJĘTE WOBEC OSOBY STOSUJĄCEJ PRZEMOC DOMOWĄ
(zaznacz w odpowiednim miejscu znak X):

Działanie		Osoba 1 stosująca przemoc	Osoba 2 stosująca przemoc
Badanie na zawartość alkoholu (wynik)			
Doprowadzenie do wytrzeźwienia			
Doprowadzenie do policyjnego pomieszczenia dla osób zatrzymanych	na podstawie art. 15a ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2023 r. poz. 171, z późn. zm.)		
	na podstawie art. 244 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 1375, z późn. zm.)		
Zatrzymanie w izbie zatrzymań jednostki organizacyjnej Żandarmerii Wojskowej			
Powiadomienie organów ścigania			
Wydanie nakazu natychmiastowego opuszczenia wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia			
Wydanie zakazu zbliżania się do wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia			
Zakaz zbliżania się osoby stosującej przemoc domową do osoby dotkniętej taką przemocą na określonej w metrach odległość			
Zakaz kontaktowania się z osobą dotkniętą przemocą domową			
Zakaz wstępu i przebywania osoby stosującej przemoc na terenie szkoły, placówki oświatowej, opiekuńczej i artystycznej, do których uczęszcza osoba dotknięta przemocą domową			
Zakaz wstępu i przebywania osoby stosującej przemoc w miejscach pracy osoby doznającej przemocy domowej			
Zawiadomienie komórki organizacyjnej Policji, właściwej w sprawach wydawania pozwolenia na broń, o wszczęciu procedury „Niebieskie Karty”			
Odebranie broni palnej, amunicji oraz dokumentów potwierdzających legalność posiadania broni			
Poinformowanie o prawnokarnych konsekwencjach stosowania przemocy domowej			
Inne (wymień jakie?)			

XII. DZIAŁANIA INTERWENCYJNE PODJĘTE WOBEC OSOBY DOZNAJĄCEJ PRZEMOCY DOMOWEJ
(zaznacz w odpowiednim miejscu znak X):

Działanie	Osoba 1 doznająca przemocy	Osoba 2 doznająca przemocy	Osoba 3 doznająca przemocy
Udzielono pomocy ambulatoryjnej			
Przyjęto na leczenie szpitalne			
Wydano zaświadczenie o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała			
Zapewniono schronienie w placówce całodobowej			
Zabezpieczono małoletniego w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia			

Powiadomiono sąd rodzinny o sytuacji małoletniego			
Przekazanie formularza „Niebieska Karta – B”			
Inne (wymień jakie?)			

XIII. DODATKOWE INFORMACJE

.....

.....

.....

.....

.....

XIV. WSZCZĘCIE PROCEDURY „NIEBIESKIE KARTY” NASTĄPIŁO PRZEZ (zaznacz w odpowiednim miejscu znak X):

Pracownika socjalnego jednostki organizacyjnej pomocy społecznej	
Funkcjonariusza Policji	
Żołnierza Żandarmerii Wojskowej	
Pracownika socjalnego specjalistycznego ośrodka wsparcia dla osób doznających przemocy domowej	
Asystenta rodziny	
Nauczyciela	
Osobę wykonującą zawód medyczny, w tym lekarza, pielęgniarkę, położną lub ratownika medycznego	
Przedstawiciela gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych	
Pedagoga, psychologa lub terapeutę, będących przedstawicielami podmiotów, o których mowa w art. 9a ust. 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej	

.....
imię i nazwisko oraz czytelny podpis osoby wypełniającej
formularz „Niebieska Karta – A”

.....
(data wpływu formularza, podpis członka Zespołu Interdyscyplinarnego)

¹⁾ wpisać właściwe

²⁾ numer PESEL wpisuje się, o ile danej osobie numer taki został nadany. W przypadku braku numeru PESEL jest konieczne podanie innych danych identyfikujących osobę

³⁾ podkreślić rodzaje zachowań