**ANKIETA KWALIFIKUJĄCA FIND RISK**

Imię ………………………………………………………………………..

Nazwisko ………………………………………………………………………..

Kontakt nr tel./e-mail ………………………………………………………………………..

Data Urodzenia: ………………………………………………………………………..

Płeć: ⬜ Kobieta ⬜ Mężczyzna

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZYNNIKI KWALIFIKUJĄCE** | **TAK** | **NIE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jestem mieszkańcem Gmin: Kartuzy, Żukowo, Przodkowo, Somonino |  |  |
| Czy ćwiczysz co najmniej 30 minut każdego dnia? |  |  |
| Czy jesz owoce lub warzywa każdego dnia? |  |  |
| Czy kiedykolwiek przyjmowałeś/łaś leki na obniżenie ciśnienia krwi? |  |  |
| Czy kiedykolwiek stwierdzono u Ciebie podwyższony poziom glukozy we krwi? |  |  |
| Czy u któregoś członka Twojej rodziny stwierdzono cukrzycę? |  |  |
| Czy zdiagnozowano u Ciebie cukrzycę? |  |  |
| Czy w ciągu ostatniego roku przechodziłeś/łaś badania OGTT/FPG? |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Masa ciała (waga) w kilogramach |  | Wysokość ciała (wzrost) w centymetrach |  | Obwód pasa w centymetrach |  |

Jeśli spełniasz kryteria kwalifikacji do projektu „Program profilaktyki cukrzycy typu 2
w Powiecie Kartuskim”, skontaktujemy się z Tobą. Kolejnym etapem jest przeprowadzenie bezpłatnego badania laboratoryjnego, na podstawie którego dowiesz się czy jesteś osobą zdrową, chorą na cukrzycę, czy będącą w stanie przed cukrzycowym.

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji do projektu „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 w Powiecie Kartuskim” oraz wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny oraz kontakt mailowy w celu dokonania rejestracji i umówienia terminu
badania laboratoryjnego.***

…………………………………… ….………………………………………….
 (miejscowość i data) (podpis Uczestnika)