

**Załącznik 4 a Ankieta dla członków personelu monitorująca stan znajomości standardów ochrony dzieci i przestrzegania oraz skuteczność obowiązujących procedur.**

|                                                                                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Oceń (w skali od 1 do 10) swoją znajomość standardów ochrony dzieci (1 – niska, 10 – wysoka)                                                        |  |
| Jak oceniasz (w skali od 1 do 10) poziom znajomości standardów ochrony dzieci wśród personelu? (1 – niski, 10 – wysoki)                             |  |
| Oceń (w skali od 1 do 10) swoją umiejętność rozpoznawania symptomów krzywdzenia dzieci (1 – niska, 10 – wysoka)                                     |  |
| Jak oceniasz (w skali od 1 do 10) umiejętności innych pracowników w zakresie rozpoznawania symptomów krzywdzenia dzieci? (1 – niskie, 10 – wysokie) |  |
| Oceń (w skali od 1 do 10) swoją znajomość procedur reagowania na symptomy krzywdzenia dzieci (1 – niska, 10 – wysoka)                               |  |
| Jak oceniasz (w skali od 1 do 10) znajomość wśród personelu procedur reagowania na symptomy krzywdzenia dzieci? (1 – niska, 10 – wysoka)            |  |
| Czy w Twojej ocenie konieczne jest podniesienie znajomości Standardów ochrony dzieci wśród pracowników? Jeśli tak, zaznacz w jakim obszarze.        |  |
| 1. zasad bezpiecznych relacji pomiędzy personelem placówki a dziećmi                                                                                |  |
| 2. zasad i procedur reagowania w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka                                                                          |  |
| 3. zasad ochrony wizerunku dziecka i danych osobowych                                                                                               |  |
| Czy zdarzyło Ci się zaobserwować naruszenie w placówce standardów ochrony dzieci? Jeśli tak – jakie zasady zostały naruszone? (odpowiedz opisowo)   |  |
| Czy zostały wówczas podjęte przez Ciebie jakieś działania? Jeśli tak – jakie, jeśli nie – dlaczego? (odpowiedz opisowo)                             |  |
| Co w Twojej ocenie szczególnie się sprawdza w standardach ochrony dzieci? Które zasady są trudne do realizacji? Zaproponuj zmiany i szkolenia.      |  |

**Załącznik 4 b Ankieta dla dzieci-pacjentów**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Określ w skali od 1 do 10 swoje poczucie bezpieczeństwa w przychodni (1 – niskie, 10 – wysokie).                                                                                                                                                                                                                |  |
| Jak się czujesz w relacjach z pracownikami przychodni? (1 – źle, 10 – bardzo dobrze).<br>Uzasadnij krótko swoją odpowiedź.                                                                                                                                                                                      |  |
| Określ w skali od 1 do 10 poziom zaufania do pracowników przychodni (1 - niski, 10 – wysoki).<br>Uzasadnij krótko swoją odpowiedź.                                                                                                                                                                              |  |
| Czy wiesz, do kogo z personelu możesz się zwrócić w sytuacji, gdy: masz jakiegokolwiek problem, obawiasz się o swoje zdrowie, doświadczyłeś przemocy lub niekomfortowego dla Ciebie, przekraczające granice zachowania ze strony członka personelu, innego dziecka, rodzica dziecka, lub innej osoby<br>tak/nie |  |
| Czy wiesz, do kogo z personelu możesz się zwrócić w sytuacji, gdy:<br>b) byłeś świadkiem, że pracownik przychodni, inne dziecko, rodzic dziecka czy inna osoba, zachował się w sposób niewłaściwy, niekomfortowy czy przekraczający granice, wobec innego dziecka?<br>tak/nie                                   |  |
| Czy zdarzyło Ci się być świadkiem przemocy w przychodni? Jeśli tak, to jakiej?<br>Napisz, co się wówczas zdarzyło i co zrobiłeś/łaś?                                                                                                                                                                            |  |
| Czy zdarzyło Ci się doświadczyć przemocy w przychodni? Jeśli tak, to jakiej?<br>Napisz, co się wówczas zdarzyło i co zrobiłeś /łaś?                                                                                                                                                                             |  |
| Czy w przychodni w widocznym miejscu są dostępne informacje na temat możliwości uzyskania pomocy w trudnej sytuacji, w tym numery bezpłatnych telefonów zaufania dla dzieci i młodzieży?                                                                                                                        |  |
| To jest miejsce dla Ciebie. Napisz, czego brakuje Ci w naszej przychodni, co chciałbyś zmienić, ale także co Ci się podoba.                                                                                                                                                                                     |  |

**Załącznik 4c. Ankieta dla rodziców/opiekunów**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Czy poinformowano Panią/Pana o obowiązujących w podmiocie standardach ochrony dzieci?<br/>Tak/nie</p>                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <p>Czy wie Pan/Pani, że personel podmiotu jest zobowiązany do przestrzegania „zasad bezpiecznych relacji między personelem a dziećmi”<br/>Tak/nie</p>                                                                                                                                                                     |  |
| <p>Jak ocenia Pan/Pani w skali od 1 do 10 swój poziom zaufania do pracowników placówki (1 - niski, 10 – wysoki).<br/>Proszę uzasadnić krótko swoją odpowiedź.</p>                                                                                                                                                         |  |
| <p>Jak ocenia Pan/Pani w w skali od 1 do 10 relacje między pracownikami podmiotu a dziećmi? (1 – trudne, 10 – bardzo dobre).<br/>Proszę uzasadnić krótko swoją odpowiedź.</p>                                                                                                                                             |  |
| <p>Czy ma Pan/Pani wiedzę, do kogo z personelu można się zwrócić w sytuacji, gdy:<br/>Pani/Pana dziecko obawia się o swoje zdrowie, doświadczyło przemocy lub niekomfortowego dla niego, przekraczające granice zachowania ze strony członka personelu, innego dziecka, rodzica dziecka, lub innej osoby?<br/>tak/nie</p> |  |
| <p>Czy ma Pan/Pani wiedzę, do kogo z personelu można się zwrócić w sytuacji, gdy:<br/>Był Pan/była Pani świadkiem, że pracownik placówki, inne dziecko, rodzic dziecka czy inna osoba, zachował się w sposób niewłaściwy, niekomfortowy czy przekraczający granice, wobec innego dziecka?<br/>tak/nie</p>                 |  |
| <p>Czy zdarzyło się Panu/Pani być świadkiem przemocy w przychodni? Jeśli tak, to jakiej?<br/>Napisz, co się wówczas zdarzyło i co Pani/Pani zrobił/a?</p>                                                                                                                                                                 |  |
| <p>Czy zdarzyło się Panu/Pani, że Twoje dziecko doświadczyło przemocy w przychodni? Jeśli tak, to jakiej?<br/>Napisz, co się wówczas zdarzyło i co Pani/Pan zrobił/a?</p>                                                                                                                                                 |  |
| <p>Czy w placówce w widocznym miejscu są dostępne informacje na temat możliwości uzyskania pomocy w trudnej sytuacji, w tym numery bezpłatnych telefonów zaufania dla dzieci i młodzieży?</p>                                                                                                                             |  |
| <p>To jest miejsce dla Pani/Pana. Prosimy o podzielenie się - czego brakuje Panu/Pani w naszej przychodni, co i jak warto zmienić, a także co się Panu/Pani podoba.</p>                                                                                                                                                   |  |