

**Wniosek o włączenie do Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy**

Proszę o zakwalifikowanie mnie do Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy.

Imię i nazwisko: ..... PESEL .....

Adres zamieszkania: .....

Do wniosku załączam do wglądu dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie u mnie schorzenia kwalifikującego do udziału w Programie.

- ☐ Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentacji zgromadzonej w trakcie mojego udziału w Programie polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy, do celów związanych z realizacją świadczeń w Programie oraz ewaluacją Programu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r., poz.2135). Wszelkie dane dotyczące mojego stanu zdrowia pozostają objęte ochroną wynikającą z tajemnicy medycznej.
- ☐ Oświadczam, że nie korzystam aktualnie z zabiegów rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych (NFZ) w ośrodku, do którego składałem niniejszy wniosek, ani nie posiadam aktualnego skierowania na rehabilitację do tego ośrodka od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
- ☐ oświadczam, że w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu oraz w trakcie uczestnictwa w programie nie korzystałem/em z powodu tego samego rozpoznania ze świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych, np. w ramach ubezpieczenia NFZ, ZUS, KRUS, w ramach wsparcia PFRON, czy w ramach innego programu finansowanego ze środków EFS+.

.....  
czytelny podpis osoby wnioskującej

Oświadczam również, że \*):

☐

Jestem osobą pracującą.

Moje miejsce pracy to: .....

☐

Jestem osobą bezrobotną poszukującą pracy.

Jestem zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy w .....

Deklaruję gotowość do podjęcia zatrudnienia.

Deklaruję również, że poinformuję realizatora Programu, jeśli w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji w Programie podejmę pracę (jeśli będzie to związane z poprawą mojego zdrowia).

☐

Jestem uczniem w trakcie praktycznej nauki zawodu.

Uczę się w szkole: .....

\*) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór

.....  
czytelny podpis osoby wnioskującej

## **Klauzula informacyjna Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021 – 2027.**

W celu wykonania obowiązku nałożonego art. 13 i 14 RODO<sup>1</sup>, w związku z art. 88 ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027<sup>2</sup>, informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych:

### **1. Administrator.**

- Ośrodek Integracji Społecznej z siedzibą przy ul. Prostej 47a, 65-783 Zielona Góra

Odrębnymi administratorami Państwa danych jest:

- Zarząd Województwa Lubuskiego z siedzibą przy ul. Podgórnej 7, 65-057 Zielona Góra

oraz

- Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

### **2. Cel przetwarzania danych.**

Dane osobowe będą przetwarzane w związku z realizacją programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021 - 2027, w szczególności w celu monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz do celów określania kwalifikowalności uczestników.

Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji wyżej wymienionego celu. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości podjęcia stosownych działań.

### **3. Podstawa przetwarzania.**

Będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe w związku z tym, że zobowiązuje nas do tego **prawo** (art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g oraz art. 10<sup>3</sup> RODO)<sup>4</sup>:

- 1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1060 z 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej,
- 2) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021, str. 21, z późn. zm.)
- 3) ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, w szczególności art. 87-93,
- 4) ustawa z 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego,
- 5) ustawa z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

### **4. Sposób pozyskiwania danych.**

Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację programu, w tym w szczególności od wnioskodawców, beneficjentów, partnerów.

### **5. Dostęp do danych osobowych.**

Dostęp do Państwa danych osobowych mają pracownicy i współpracownicy administratora. Ponadto Państwa dane osobowe mogą być powierzane lub udostępniane:

<sup>1</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (Dz. Urz. UE. L 119 z 4 maja 2016 r., s.1-88).

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz.U. 2022 poz. 1079), zwana dalej „ustawą wdrożeniową”.

<sup>3</sup> Dotyczy wyłącznie projektów aktywizujących osoby odbywające karę pozbawienia wolności.

<sup>4</sup> Należy wskazać jeden lub kilka przepisów prawa - możliwe jest ich przywołanie w zakresie ograniczonym na potrzeby konkretnej klauzuli.



Fundusze Europejskie  
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Lubuskie  
Warte zachodu

- 1) podmiotom, którym zleciłmy wykonywanie zadań w programie Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021 - 2027,
- 2) organom Komisji Europejskiej, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, prezesowi zakładu ubezpieczeń społecznych,
- 3) podmiotom, które wykonują dla nas usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym.

## **6. Okres przechowywania danych.**

Dane osobowe są przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w punkcie 2.

## **7. Prawa osób, których dane dotyczą.**

Przysługują Państwu następujące prawa:

- 1) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii (art. 15 RODO),
- 2) prawo do sprostowania swoich danych (art. 16 RODO),
- 3) prawo do usunięcia swoich danych (art. 17 RODO) - jeśli nie zaistniały okoliczności, o których mowa w art. 17 ust. 3 RODO,
- 4) prawo do żądania od administratora ograniczenia przetwarzania swoich danych (art. 18 RODO),
- 5) prawo do przenoszenia swoich danych (art. 20 RODO) - jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie umowy: w celu jej zawarcia lub realizacji (w myśl art. 6 ust. 1 lit. b RODO), oraz w sposób zautomatyzowany<sup>5</sup>,
- 6) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (art. 77 RODO) - w przypadku, gdy osoba uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO lub inne krajowe przepisy regulujące kwestię ochrony danych osobowych, obowiązujące w Polsce.

## **8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji.**

Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

## **9. Przekazywanie danych do państwa trzeciego.**

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

## **10. Kontakt z administratorem danych i Inspektorem Ochrony Danych.**

- Jeśli mają Państwo pytania dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Ośrodek Integracji Społecznej, prosimy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) w następujący sposób:

- pocztą tradycyjną: ul. Prosta 47a, 65-783 Zielona Góra,
- elektronicznie na adres e-mail: [biuro@ois.org.pl](mailto:biuro@ois.org.pl),

- Jeśli mają Państwo pytania dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Zarząd Województwa Lubuskiego oraz Ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, prosimy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) w następujący sposób:

- 1) w zakresie Zarządu Województwa Lubuskiego:
  - pocztą tradycyjną: ul. Podgórna 7, 65-057 Zielona Góra,
  - elektronicznie na adres e-mail: [IODO@lubuskie.pl](mailto:IODO@lubuskie.pl),
- 2) w zakresie Ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego:
  - pocztą tradycyjną: ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
  - elektronicznie na adres e-mail: [IOD@mfipr.gov.pl](mailto:IOD@mfipr.gov.pl).

(data, czytelny podpis)

<sup>5</sup> Do automatyzacji procesu przetwarzania danych osobowych wystarczy, że dane te są zapisane na dysku komputera.



## ANKIETA WSTĘPNA

Załącznik 10a

Prosimy uprzejmie o uważne wypełnienie ankiety wstępnej. Podane informacje będą przydatne przy planowaniu Pani/Pana rehabilitacji, a także przy ocenie jej efektów (porównanie ich z informacjami podanymi na zakończenie Programu). Szczególnie ważne jest ustalenie głównego problemu zdrowotnego, jaki wymaga rehabilitacji oraz związanych z nim dolegliwości i utrudnień w codziennym funkcjonowaniu.

1. Imię i nazwisko uczestnika: ..... 2a. Wiek .....

3. Jestem osobą \*):

2b. Waga (kg) ..... 2c. Wzrost (cm) ..... / BMI=.....

☐ pracującą (wykonywana praca: .....)

☐ bezrobotną (jak długo? .....)

### 4. Aktualne dolegliwości.

Proszę o podanie miejsca, w którym zlokalizowane są Pani/Pana **główne** dolegliwości, z jakimi zgłosiła się Pani/Pan na rehabilitację w ramach Programu (jeśli jest więcej takich miejsc, proszę zaznaczyć **maksymalnie dwa najważniejsze**).

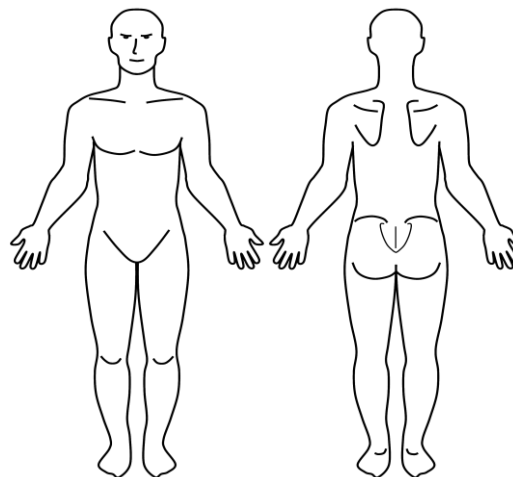
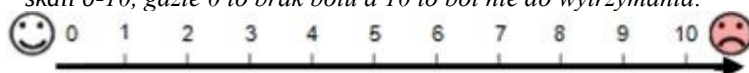
Proszę również zaznaczyć te miejsca na rysunku obok.

Główne miejsce dolegliwości: .....

Czas trwania dolegliwości: ..... miesięcy/lat \*)

### Nasilenie dolegliwości.

Proszę zaznaczyć/podać intensywność bólu używając umownej skali 0-10, gdzie 0 to brak bólu a 10 to ból nie do wytrzymania:



5. **Zaburzenia funkcji.** Poniższe pytanie pozwolą dowiedzieć się, jak choroba wpływa na Pani/Pana aktualną sprawność funkcjonowania w życiu codziennym (zgodnie z Pani/Pana odczuciem) - w ciągu ostatniego tygodnia.

### Ubieranie się i dbanie o wygląd

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

ubrać się samodzielnie, łącznie z zawiązaniem sznurowadeł i zapięciem guzików?

umyć samodzielnie włosy?

Bez żadnej trudności

Z pewną trudnością

Z dużą trudnością

Niezdolna/y do zrobienia

Czy przy danej czynności potrzebna jest pomoc?

Sprzęt?  
(np. laska,  
chodzik)

Innej osoby?

### Wstawanie

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

wstać z krzesła bez poręczy?

położyć się do łóżka i wstać?

Bez żadnej trudności

Z pewną trudnością

Z dużą trudnością

Niezdolna/y do zrobienia

### Jedzenie

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

pokroić mięso na talerzu?

podnieść pełną szklankę do ust?

otworzyć nowy karton mleka?

Bez żadnej trudności

Z pewną trudnością

Z dużą trudnością

Niezdolna/y do zrobienia

### Chodzenie

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

chodzić po płaskim terenie na zewnątrz?

wejść po pięciu schodach?

Bez żadnej trudności

Z pewną trudnością

Z dużą trudnością

Niezdolna/y do zrobienia

Zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym – ciąg dalszy

|                                                                        | Bez żadnej trudności     | Z pewną trudnością       | Z dużą trudnością        | Niezdolna/y do zrobienia | Czy przy danej czynności potrzebna jest pomoc? |                          |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------|
|                                                                        |                          |                          |                          |                          | Sprzęt?<br>(np. uchwyt)                        | Innej osoby?             |
| <b>Higiena</b>                                                         |                          |                          |                          |                          |                                                |                          |
| Czy był(a) Pan/Pani w stanie:                                          |                          |                          |                          |                          |                                                |                          |
| umyć się i wytrzeć?                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| wykąpać się w wannie?                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| usiąść na sedesie i wstać?                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>Sięganie</b>                                                        |                          |                          |                          |                          |                                                |                          |
| Czy był(a) Pan/Pani w stanie:                                          |                          |                          |                          |                          |                                                |                          |
| sięgnąć po ok. 2 kg przedmiot znajdujący się tuż nad głową i zdjąć go? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| schylić się aby podnieść odzież z podłogi?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>Chwytnie</b>                                                        |                          |                          |                          |                          |                                                |                          |
| Czy był(a) Pan/Pani w stanie:                                          |                          |                          |                          |                          |                                                |                          |
| otworzyć drzwi w samochodzie?                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| otworzyć ponownie wcześniej otwarty słoik?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| odkręcić i zakręcić kran?                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>Czynności różne</b>                                                 |                          |                          |                          |                          |                                                |                          |
| Czy był(a) Pan/Pani w stanie:                                          |                          |                          |                          |                          |                                                |                          |
| załatwiać różne sprawy, robić zakupy?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| wsiąść do samochodu i wysiąść?                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| wykonywać prace domowe<br>np.: odkurzanie, prace w ogrodzie            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |

6. Z powodu problemu zdrowotnego, z którym zgłosiłam/em się na rehabilitację:

- 1) Aktualnie zażywam **leki**: ☐ przeciwbólowe ☐ rozluźniające ☐ nasenne  
☐ inne leki ..... ☐ nie zażywam leków
- 2) Korzystałam/em z **rehabilitacji**: ☐ ostatni raz ..... miesięcy temu ☐ nie korzystałam/em
- 3) Odczuwasz niepokój, jesteś zestresowana/y, masz gorszy nastrój, nie radzisz sobie? ☐ TAK ☐ NIE  
Czy chciałabyś/chciałbyś porozmawiać o tym z psychologiem, skorzystać z jego pomocy? ☐ TAK ☐ NIE

7. Aktywność fizyczna

- Czy uprawiasz **regularnie** jakiś sport (rekreacyjnie)? ☐ TAK ☐ NIE
- Jeśli TAK, to jaki? .....
- Jak często? ☐ ..... razy w tygodniu / miesiącu ☐ rzadziej
- Ile czasu poświęcasz na to za każdym razem? ..... minut / godzin

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety !**

\*) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór

Imię i nazwisko uczestnika projektu .....  
Data przeprowadzenia testu .....

Test nr ☐ 1  
Test nr ☐ 2

1. Który spośród 4 głównych obszarów grupujących czynniki ryzyka (determinant zdrowia) ma największy wpływ na nasze zdrowie:

- ☐ styl życia (m.in. aktywność fizyczna, tryb pracy, odżywianie, związana z tym otyłość, podwyższenie cholesterolu, umiejętność radzenia sobie ze stresem, nałogi: papierosy, alkohol, nadużywanie leków)
- ☐ czynniki środowiskowe (zanieczyszczenie środowiska, stres, przemoc, zła jakość wody, powietrza, hałas, czynniki szkodliwe w miejscu pracy),
- ☐ czynniki genetyczne (predyspozycje genetyczne, zaburzenia i wady wrodzone)
- ☐ opieka medyczna (jej dostępność, jakość)

2. Od jakiego poziomu BMI stwierdzamy już otyłość?

- ☐ od 18,5                      ☐ od 25                      ☐ od 30                      ☐ od 40

3. Które z poniższych grup schorzeń zaliczamy do chorób cywilizacyjnych mających istotny wpływ na pogorszenie jakości życia i wzrost śmiertelności?

- ☐ grypa, ospa wietrzna, angina, zapalenie płuc
- ☐ złamania, skręcenia, urazy mechaniczne
- ☐ cukrzyca, otyłość, nadciśnienie, zaburzenia przewodu pokarmowego i psychiczne
- ☐ choroby genetyczne, nowotwory dziedziczne, hemofilia

4. Jak najlepiej zmniejszyć ryzyko chorób cywilizacyjnych?

- ☐ regularne popijanie alkoholu, dieta wysokobiałkowa, długi sen,
- ☐ aktywność fizyczna, zbilansowana dieta, łagodzenie stresu,
- ☐ częste badania medyczne, w tym prześwietlenia płuc, rzucenie palenia, intensywne odchudzanie
- ☐ wyczynowe uprawianie sportu, dieta ektogeniczna, unikanie leków

5. Optymalny wymiar aktywności fizycznej (wg WHO) dla osób w wieku 18-64 lat o umiarkowanej intensywności (gimnastyka, rower, długi spacer itp.) to:

- ☐ 15 – 30 minut na tydzień                      ☐ 45 – 60 minut na tydzień  
☐ 90 – 120 minut na tydzień                      ☐ 150 – 300 minut na tydzień

6. Która z poniższych form aktywności najlepiej łączy elementy ćwiczeń rozciągających, siłowych oraz wytrzymałościowych?

- ☐ pływanie      ☐ gra w szachy      ☐ sezonowa jazda na nartach      ☐ masaż wodny w jacuzzi

7. Ergonomia to:

- ☐ zestaw przepisów określających minimalne wymagania bezpieczeństwa w pracy,
- ☐ określa jakie są minimalne wymagania zdrowotne do wykonywania określonej pracy,
- ☐ zasady konstrukcji maszyn i urządzeń stosowanych w pracy, aby ograniczyć ryzyko wypadków,
- ☐ tworzenie optymalnych warunków pracy, dostosowanych do możliwości i potrzeb fizjologicznych, psychicznych i społecznych człowieka.

8. Która z poniższych chorób, mimo częstego występowania, nie znajduje się na liście chorób zawodowych?

- ☐ zespół bólowy barku (przewlekłe zapalenie okołostawowe barku),
- ☐ łokieć tenisisty (przewlekłe zapalenie nadkłykcia kości ramiennej),
- ☐ zespół bólowy kręgosłupa,
- ☐ zmęczeniowe złamanie kości



Fundusze Europejskie  
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Lubuskie  
Warte zachodu

9. Jaki jest dopuszczalny ciężar dźwignia przy pracy dorywczej (tj. nie częściej niż 4 razy na godzinę, łącznie do 4 godzin na dobę)?

- ☐ do 30kg dla kobiet i 60 kg dla mężczyzn
- ☐ do 20kg dla kobiet i 50 kg dla mężczyzn
- ☐ do 12kg dla kobiet i 30 kg dla mężczyzn
- ☐ do 5kg dla kobiet i 10 kg dla mężczyzn

10. Jaki jest zgodnie z przepisami BHP dopuszczalny ciężar dźwignia przy pracy stałej (tj. częściej niż 4 razy na godz., lub powyżej 4 godz./dobę)?

- ☐ do 30kg dla kobiet i 60 kg dla mężczyzn
- ☐ do 20kg dla kobiet i 50 kg dla mężczyzn
- ☐ do 12kg dla kobiet i 30 kg dla mężczyzn
- ☐ do 5kg dla kobiet i 10 kg dla mężczyzn

11. Jak często i na jak długo należy robić przerwy podczas pracy przy komputerze, zgodnie z przepisami BHP?

- ☐ co 4 godziny – 20 minut
- ☐ co 4 godziny – 10 minut
- ☐ co 3 godziny – 15 minut
- ☐ co godzinę – 5 minut

12. Który z poniższych produktów zawiera najwięcej błonnika pokarmowego wspomagającego trawienie i profilaktykę otyłości?

- ☐ biały ryż chleb
- ☐ pszenny tostowy
- ☐ płatki kukurydziane
- ☐ otręby owsiane

13. Które z poniższych stwierdzeń najlepiej opisuje zasady zdrowego odżywiania?

- ☐ całkowite unikanie tłuszczów i węglowodanów
- ☐ jedzenie 1–2 posiłków dziennie o wysokiej kaloryczności
- ☐ regularne spożywanie warzyw, owoców, produktów pełnoziarnistych i wody
- ☐ picie tylko soków owocowych zamiast wody i warzyw

14. Jaki jest zalecany przez WHO minimalny dzienny czas snu dla osoby dorosłej (18–64 lata) dla zachowania zdrowia?

- ☐ co najmniej 4 godziny
- ☐ 5–6 godzin
- ☐ 7–9 godzin
- ☐ 10–12 godzin

15. Co oznacza pojęcie „higiena psychiczna”?

- ☐ zachowanie równowagi psychicznej, redukcja stresu, dbanie o relacje społeczne
- ☐ przestrzeganie zasad higieny w szpitalach psychiatrycznych
- ☐ stosowanie suplementów poprawiających nastrój
- ☐ dbałość o regularne badania psychologiczne

16. Jaki wpływ ma długotrwały brak ruchu na zdrowie człowieka?

- ☐ zwiększa wydolność organizmu
- ☐ poprawia koncentrację
- ☐ nie ma większego wpływu na zdrowie
- ☐ zwiększa ryzyko chorób układu krążenia, otyłości i bólów kręgosłupa

