

**INFORMAČNÍ LIST  
PRO PACIENTA DO 18LET**

*Základní informace o projektu*

Vážená paní, vážený pane,  
obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na projektu  
**„Poruchy příjmu potravy u dětí před zahájením školní docházky“**

Cílem našeho projektu je zhodnocení nutričních rizik, která mohou být spojeny s poruchou příjmu potravy u dětí před zahájením školní docházky, a které mohou vést k narušení růstu a vývoje nebo vzniku jiného onemocnění v důsledku nedostatečného příjmu energie či živin. Poruchy příjmu potravy mohou vznikat od raného dětství a mohou mít nejrůznější podobu – například konzumace jen omezených druhů jídel, odmítání nových druhů potravin, ujídaní po malých kouscích, problémy s krmením atd. Nadměrně vybíravé či vyhýbavé jídelní chování může významně ovlivnit zdraví a kvalitu života nejen dítěte, ale také dalších členů rodiny. U některých dětí jde jen o přechodnou vývojovou epizodu, u některých dětí onemocnění přetrvává až do dospělosti. Včasný záchyt rizika vzniku poruch příjmu potravy a posouzení jeho závažnosti hraje klíčovou roli v úspěšnosti léčby, ale také snížení zdravotních dopadů na růst a vývoj dítěte. Během léčby je nutné sledovat množství a složení přijaté stravy, aby byly pokryty nutriční potřeby a snížila se zdravotní rizika.

V rámci výzkumu Vás, jako zákonného zástupce nezletilého pacienta, prosíme o souhlas s vyplněním dotazníku a možností nahlížení do zdravotní dokumentace.

**Váš souhlas s:**

- a) s vyplněním dotazníku
- b) získáním vybraných údajů ze zdravotní dokumentace Vašeho dítěte – základních anamnestických údajů, vývoje hmotnosti, délky/výšky, BMI (body mass indexu), výsledků krevních odběrů, které mohou mít vztah k neprospívání dítěte

**by byl neocenitelným přínosem pro uskutečnění této studie.**

Vyšetření nepřináší bolest. Pro účely tohoto projektu nebude dítěti prováděn odběr krve (v případě dostupnosti budou získána data z odběrů, provedených v rámci vyšetření, ordinovaných ošetřujícím lékařem v průběhu hospitalizace).

Veškerá vyšetření a zpracování výsledků budou prováděna pod kódovými čísly bez užití identifikačních údajů a **výsledky vyšetření bez Vašeho výslovného souhlasu neposkytneme žádné třetí straně.** Pokud byste se na základě těchto informací rozhodli pro účast v projektu a

podstoupení výše uvedených vyšetření, je nezbytné, abyste svůj souhlas s vyšetřením potvrdili podpisem příloženého formuláře informovaného souhlasu.

Prosíme Vás také o souhlas s publikací výsledků vyšetření v odborných časopisech a na odborných setkáních. Publikované výsledky nebudou obsahovat žádné údaje, podle kterých by Vás bylo možné identifikovat.

Při rozhodování o tom, zda výše popsané vyšetření podstoupíte, budou lékaři i ostatní zdravotničtí pracovníci přihlížet v nejvyšší možné míře k Vašemu názoru. Váš souhlas je dobrovolný a případný nesouhlas žádným způsobem neovlivní zdravotní péči, která je Vám poskytována. Podepsaný souhlas můžete kdykoliv později bez udání důvodu odvolat písemným sdělením.

Pokud budete potřebovat další informace, rádi Vám je poskytneme. V případě jakýchkoli dotazů ohledně projektu a vyšetření se můžete obrátit na Mgr. Marcelu Floriánkovou;

Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. LF UK a VFN, tel.: 224 967 761; e-mail: marcela.floriankova@vfn.cz.

**Děkujeme,**

Pavlna Zdeňková Kroužková (řešitel projektu), adresa: Třebízského 1285, Tábor, 39002

Telefon / mobil: 733515256/ e-mailová adresa: [dietolog@dietolog.cz](mailto:dietolog@dietolog.cz)

Mgr. Marcela Floriánková, spoluřešitel projektu; tel.: 224 967 761; e-mail: marcela.floriankova@vfn.cz

**SOUHLAS S ÚČASTÍ VE STUDII PRO MLADISTVÉHO A JEHO ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE:**

**„Poruchy příjmu potravy u dětí před zahájením školní docházky“**

Jméno a příjmení vyšetřované/ho:.....

Rodné číslo:.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce:.....

Vztah k vyšetřované osobě:.....

**PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE VYŠETŘOVANÉ OSOBY**

**A. Za účelem uvedeným v Informačním listu souhlasím s nahlížením do zdravotní dokumentace mého dítěte a s provedením těchto vyšetření:**

- dotazníkové šetření
- nahlížení do zdravotní dokumentace

Potvrzuji, že mi lékařem/nutričním terapeutem byl sdělen účel, povaha a předpokládaný přínos vyšetření prováděného v rámci studie. Porozuměl/a jsem charakteru jednotlivých vyšetření a minimálnímu riziku, které je s nimi spojeno.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

**B. Rozhodl/a jsem, že s výsledky vyšetření bude po ukončení projektu naloženo takto:**

**Souhlas s uložením do zdravotní dokumentace**

- Pokud to bude možné a/nebo účelné, bude vyplněný dotazník uložen do zdravotní dokumentace mého dítěte pro další vyšetření provedená k jeho prospěchu. Před vyšetřením, které by se provádělo za jinými účely, než je uvedeno v Informačním listu, budu řádně poučen/a a toto vyšetření bude vždy provedeno až s novým informovaným souhlasem.

**Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu VFN a 1. LF UK, Ke Karlovu 2, tel: 224967761**

**C. Dále si přeji následující:**

- Abych s výsledky laboratorního vyšetření: **byl (a) / nebyl (a) seznámen (a)\***
- Aby o **výsledcích vyšetření** byly informovány následující osoby:  
.....
- Souhlasím/ nesouhlasím** s využitím výsledků dotazníkového šetření a relevantních informací o zdravotním stavu mého dítěte k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě pod kódovými čísly a bez užití identifikačních údajů.

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s vyplněním výše uvedeného dotazníku s podmínkami uvedenými výše.**

Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.

Podpis zákonného zástupce

.....

V ..... Dne.....

Jméno lékaře:.....

Podpis: .....

Příloha 3: Souhlasné stanovisko etické komise 1. LF UK a VFN v Praze



**ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE**

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Vážená paní  
Mgr. Pavlína Zdeňková Kroužková  
Třebízského 1285, 390 02 Tábor

16.2.2023  
č.j.: 35/23 S-IV

Vážená paní magistro,  
Etická komise VFN projednávala na svém zasedání dne 16.2.2023 Vámi předložený individuální výzkumný projekt  
**č.j. 35/23 S-IV – diplomová práce.**

**Název studie/Title of CT:** Poruchy příjmu potravy u dětí před zahájením školní docházky

**Žadatel/Applicant:** Mgr. Pavlína Zdeňková Kroužková, Třebízského 1285, 390 02 Tábor, e-mail:  
dietolog@dietolog.cz

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment of the EC:  
 Ano/Yes  Ne, důvod/No, reasons: nesponzorovaný projekt

**Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form:** 6.2.2023

**Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session:** 16.2.2023 (15:30 – 18:45 hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled

Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Mgr. Pavlína Zdeňková Kroužková, Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1.LF UK a VFN v Praze, Ke Karlovu 2, 128 02 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů / List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno/ Approved		Na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis – Žádost o provedení výzkumného šetření	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník – Víceúčelový formulář EK VFN, 24.1.2023	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník pro rodiče	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stručný popis projektu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informační list pro pacienta do 18 let, bez data	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhlas s účastí ve studii pro mladistvého a jeho zákonného zástupce, bez data	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhlas se shromažďováním a zpracováním osobních údajů	Doručeno			
Žádost o dotazníkovou akci z 6.2.2023	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkoušející: Mgr. Pavlína Zdeňková Kroužková	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Stanovisko etické komise:**

EK vydává / EC issues

- Souhlasné stanovisko/Favourable opinion  
 Nesouhlasné stanovisko/Unfavourable opinion

EK VFN vydává souhlasné stanovisko k provedení individuálního výzkumu na Klinice pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. LF UK a VFN v Praze.

Podpis předsedy / zástupce EK VFN  
Signature of Chairperson / Vice-Chairperson  
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.

PharmDr.  
Zbyněk  
Sklenář, Ph.D.  
Datum: 2023.02.23  
11:20:34 +01'00'

Digitálně podepsal  
PharmDr. Zbyněk  
Sklenář, Ph.D.  
Datum: 2023.02.23  
11:20:34 +01'00'

1/2



## ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

### Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
<b>PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., MBA</b>	M/M	Pharmacist Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MUDr. Magda Šišková, CSc.</b>	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mistopřed- seda/Vice- chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Jana Farkačová</b>	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.</b>	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ing. Antonín Grošpic, CSc.</b>	M/M	Engineer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, CSc.</b>	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MUDr. Hana Honová</b>	Ž/F	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MUDr. Jiří Humhal</b>	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MUDr. Anna Jedličková</b>	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA</b>	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mgr. Michael Pauly</b>	M/M	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.</b>	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie</b>	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Doc. PharmDr. Martin Šíma, Ph.D.</b>	M/M	Clinical Pharmacist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>JUDr. Šárka Špeciánová</b>	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MUDr. Marcela Trojánková</b>	Ž/F	Privat Nefrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MUDr. Jiří Valenta</b>	M/M	Anesthesiologist -Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.</b>	M/M	Paediatrist – AdolescentMed	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

pozn: \*Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci. /The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column:

Ano/Yes     Ne/No    Komentář/Comments:

Datum/Date: 16.2.2023

Etická komise  
Všeobecné fakultní nemocnice  
v Praze  
Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Podpis předsedy EK nebo zástupce  
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson  
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., v.r.

#### Příloha 4: Dotazník pro rodiče

Dobrý den, jsem studentkou 1. LF UK v Praze, studijní obor – Výživa dospělých a dětí, kombinovaná forma. V rámci výzkumu na téma Poruchy příjmu potravy u dětí před zahájením školní docházky bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníku týkajícího se stravování Vašeho dítěte. Výsledky dotazníku budou sloužit jako podklady při zpracování mé diplomové práce. Výsledky budou zpracovávány i publikovány anonymně.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku:

- 1. Vyskytly se u Vás v rodině u některého z členů poruchy příjmu potravy, případně nějaké psychiatrické onemocnění, prosím, uveďte?**

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

- 2. Jaká byla váha a výška matky před graviditou a váhový přírůstek během těhotenství?**

Hmotnost:.....

Výška:.....

Váhový přírůstek.....

- 3. Konzumovala matka dítěte během těhotenství alkohol?**

Ne

Ano .....v jakém množství a frekvenci.....

- 4. Kouřila matka během těhotenství nebo kojení?**

Ne

Ano ..... kolik cigaret za den .....

- 5. Věk Vašeho dítěte v měsících**

.....

- 6. Pohlaví dítěte:**

Chlapec

Dívka

Jiné.....

- 7. Jak dlouho (v měsících) bylo vaše dítě výlučně kojeno? Výlučné kojení = výživa pouze mateř. mlékem bez podávání jiných potravin a tekutin.**

.....měsíců.....

- 8. Mělo dítě v prvních 6 měsících obtíže s příjmem potravy?**

Ne

Ano (upřesněte, např. odmítání, obtíže se sáním apod.)

.....  
.....

- 9. Řešili jste, po dokončeném 6. měsíci nějaké potíže, spojené s příjmem potravy?**

a. Ne (přejděte na otázku č. 8)

b. Ano, ve věku .....měsíců/ .....let (přejděte na otázky č. 6 a 7)

- 10. Pokud jste dosud řešili u dítěte problémy s příjmem potravy, jednalo se zejména o:**

- a. Nedostatečný objem konzumované potravy
- b. Nedostatečný přírůstek hmotnosti i přes dostatečný objem konzumované potravy
- c. Nadměrný objem konzumované potravy
- d. Nadměrný přírůstek hmotnosti i přes běžný objem konzumované potravy
- e. Nadměrnou vybíravost v jídle
- f. Odmítání nových potravin
- g. Odmítání nebo potíže s některou konzistencí (kousky, hustší potrava, tekutiny,...)
- h. Jiné (upřesněte).....

**11. Kde jste hledali pomoc při řešení potíží s příjmem potravy (zaškrtněte všechny hodící se možnosti):**

- a. Dětský lékař
- b. Specializovaný lékař (gastroenterolog, alergolog, ....)
- c. Nutriční terapeut
- d. Jiný zdravotník (logoped, psycholog, ....)
- e. Rodina, přátelé
- f. Odborná literatura
- g. Internet
- h. Jiné (uveďte).....

**12. Byla dítěti lékařem nebo nutričním terapeutem doporučeno dosud nějaké dietní omezení?**

- a. Ne
- b. Ano (doplňte, prosím, jaké).....

**13. Má Vaše dítě v současné době nějaké dlouhodobé předepsané dietní omezení?**

- a. Ne
- b. Ano (doplňte, prosím, jaké).....

**14. Má někdo jiný v rodině v současné době nějaké dlouhodobé dietní omezení?**

- a. Ne
- b. Ano (doplňte, prosím, jaké a hlavní důvod).....

**15. Vyhýbáte se v jídelníčku dítěte některým potravinám bez toho, aby to ordinoval lékař nebo nutriční terapeut?**

- ne
- vyhýbáme se jednomu druhu potravin, uveďte prosím, o jaký druh se jedná a hlavní důvod.....



- vyhýbáme se dvěma nebo více druhům potravin, uveďte prosím, o jaké druhy se jedná a hlavní důvod.....

.....

**16. Jak často dostává Vaše dítě rychlé občerstvení (např. hranolky)?**

- vůbec nebo méně než 1x týdně
- 1-3x týdně
- více než 3x týdně

**17. Jak často dostává vaše dítě sladkosti (např. kousek čokolády, zmrzlinu, bonbón)?**

- vůbec anebo ne více než 1x týdně
- 2-3x týdně
- více než 3x týdně

**18. Jak často Vaše dítě dostává sladké nápoje (džusy, šťávy, slazený čaj včetně granulovaných čajů, ....)?**

- vůbec anebo méně než 100 ml denně
- 100-250 ml/denně
- 250-500 ml denně
- více než 500 ml/denně

**19. Pije vaše dítě stále ještě z kojenecké láhve jednu nebo více porcí nápojů denně?**

- ano
- ne

**20. Jí Vaše dítě ještě většinu denních porcí v kašovitě/mixované formě?**

- ano
- ne

**21. Věnujete (podle Vašeho názoru) zvýšenou pozornost tomu, kolik toho vaše dítě sní?**

- Ano, protože má tendenci jíst příliš málo
- Ano, protože má tendenci jíst příliš mnoho
- ne

**22. Používáte sladkosti jako odměnu nebo naopak zákaz sladkostí jako trest?**

- Ano, více než 2x týdně
- Ano, 1-2x týdně
- Ano, ale méně než 1x týdně
- ne

**23. Jí vaše dítě před obrazovkou nebo za jiného rozptýlení (čtení pohádek, hra, ...)?**

- a. ano, vždy nebo téměř vždy
- b. ano, většinu krmení
- c. ano, menšinu krmení
- ne, nikdy

**24. Jí Vaše dítě vsedě, v klidu?**

- a. ano, vždy nebo téměř vždy
- b. ano, většinu krmení
- c. ano, menšinu krmení
- ne, nikdy

**25. Jí vaše dítě při jídle u stolu s ostatními členy rodiny?**

- ne (většinou ne)
- ano (většinou ano)

**26. Musí vaše dítě sníst všechno, co má na talíři, než opustí jídelní stůl?**

- ano (často)
- ne (zřídka)

**27. Jsou vaše stravovací návyky (podle Vašeho názoru) dobrým příkladem pro vaše dítě?**

- Ne
- spíše ne
- spíše ano
- určitě ano

**28. Podáváte svému dítěti vitamíny, minerální látky nebo jiné doplňky stravy (např. v tabletách nebo sirupech)?**

- ano (napište, prosím, o který doplněk se jedná).....  
.....
- ne

**29. Která z následujících možností vás nejvíce trápí?**

- výška, váha dítěte nebo jejich vzájemný poměr
- výrazné odmítání stravy, výrazná vybíravost v jídle
- problémy s polykáním, zakuckávání se, dávení, nadavování
- krmení v noci nebo při usínání
- násilné krmení
- neochota vyzkoušet novou potravinu nebo pokrm
- jiné (uved'te).....
- netrápí mne nic v souvislosti s příjmem potravy dítěte a jeho prospíváním