

Egyenlőség az egészségügyben (MHE) kérdések, Gyermekgyógyászat – fiatalkorúak és családjuk/gondozók körében végzett felmérések

Lebonyolítási szempontok:

- *Nincsenek arra vonatkozó normák, hogy mikor kell a felmérést a gondviselővel/családtaggal, és mikor a beteggel/fiatallal kitöltetni. Egy gyermeknek a felmérés kitöltésére való képessége számos tényező függvénye lehet. Az egyes intézmények/programoknak az adott populációt figyelembe véve meg kell határozniuk, milyen életkortól kezdődően töltsék ki a beteg (és nem a gondviselő/családtag) a felmérést.*
- *Az egyes kérdésekre adható válaszlehetőségek az adott intézményhez és annak betegpopulációjához igazíthatók (pl. a válaszlehetőségek bővíthetők vagy szűkíthetők, sorrendjük módosítható). Igyekezünk azonban a lehető legpontosabban követni a kérdések és válaszok jelenlegi sorozatát, hogy elvégezhető maradjon az intézmények közti összevetés és az eredmények rendszerszintű áttekintése.*

| Fiatalkorúak felmérése | | | Család/gondozó felmérése | | |
|--|---|--|--|---|--|
| | | | 1a) Milyen kapcsolatban áll a felmérésre elkísért gyermekkel? | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 Szülő (pl. anya, apa, nevelőszülő, örökbefogadó) <input type="checkbox"/> 2 Nagyszülő <input type="checkbox"/> 3 Rokon (pl. nagynéni, nagybácsi, testvér) <input type="checkbox"/> 88 Egyéb (adja meg): _____ <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | | |
| 1) Milyen nyelven a legkönnyebb Önnek az egészségügyi szolgáltatójával történő kommunikáció? (Jelölje be az összes Önre vonatkozót) | | | 1b) Milyen nyelven a legkönnyebb Önnek gyermeke/a páciens egészségügyi szolgáltatójával történő kommunikáció? (Jelölje be az összes Önre vonatkozót.) | | |
| <input type="checkbox"/> 1 angol* (Kanada hivatalos nyelve) <input type="checkbox"/> 2 francia* (Kanada hivatalos nyelve) <input type="checkbox"/> 3 albán <input type="checkbox"/> 4 amhara <input type="checkbox"/> 5 arab <input type="checkbox"/> 6 amerikai jelnyelv <input type="checkbox"/> 7 bengáli <input type="checkbox"/> 8 bolgár <input type="checkbox"/> 9 burmai <input type="checkbox"/> 10 grúz <input type="checkbox"/> 11 görög <input type="checkbox"/> 12 kantoni <input type="checkbox"/> 13 cseh <input type="checkbox"/> 14 dari <input type="checkbox"/> 15 fárszi | <input type="checkbox"/> 16 gudzsarati <input type="checkbox"/> 17 hausza <input type="checkbox"/> 18 héber <input type="checkbox"/> 19 hindi <input type="checkbox"/> 20 magyar <input type="checkbox"/> 21 olasz <input type="checkbox"/> 22 karen <input type="checkbox"/> 23 koreai <input type="checkbox"/> 24 mandarin <input type="checkbox"/> 25 nepáli <input type="checkbox"/> 26 pastu <input type="checkbox"/> 27 lengyel <input type="checkbox"/> 28 portugál <input type="checkbox"/> 29 pandzsábi <input type="checkbox"/> 30 rohingya | <input type="checkbox"/> 35 szomáli <input type="checkbox"/> 36 spanyol <input type="checkbox"/> 37 szuahéli <input type="checkbox"/> 38 török <input type="checkbox"/> 39 twi <input type="checkbox"/> 40 ukrán <input type="checkbox"/> 41 tagalog <input type="checkbox"/> 42 tamil <input type="checkbox"/> 43 thai <input type="checkbox"/> 44 tibeti <input type="checkbox"/> 45 tigrinya <input type="checkbox"/> 46 taishani <input type="checkbox"/> 47 urdu <input type="checkbox"/> 48 vietnámi <input type="checkbox"/> 49 Más nyelv (nevezze meg): _____ <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | <input type="checkbox"/> 1 angol* (Kanada hivatalos nyelve) <input type="checkbox"/> 2 francia* (Kanada hivatalos nyelve) <input type="checkbox"/> 3 albán <input type="checkbox"/> 4 amhara <input type="checkbox"/> 5 arab <input type="checkbox"/> 6 amerikai jelnyelv <input type="checkbox"/> 7 bengáli <input type="checkbox"/> 8 bolgár <input type="checkbox"/> 9 burmai <input type="checkbox"/> 10 grúz <input type="checkbox"/> 11 görög <input type="checkbox"/> 12 kantoni <input type="checkbox"/> 13 cseh <input type="checkbox"/> 14 dari <input type="checkbox"/> 15 fárszi | <input type="checkbox"/> 16 gudzsarati <input type="checkbox"/> 17 hausza <input type="checkbox"/> 18 héber <input type="checkbox"/> 19 hindi <input type="checkbox"/> 20 magyar <input type="checkbox"/> 21 olasz <input type="checkbox"/> 22 karen <input type="checkbox"/> 23 koreai <input type="checkbox"/> 24 mandarin <input type="checkbox"/> 25 nepáli <input type="checkbox"/> 26 pastu <input type="checkbox"/> 27 lengyel <input type="checkbox"/> 28 portugál <input type="checkbox"/> 29 pandzsábi <input type="checkbox"/> 30 rohingya | <input type="checkbox"/> 35 szomáli <input type="checkbox"/> 36 spanyol <input type="checkbox"/> 37 szuahéli <input type="checkbox"/> 38 török <input type="checkbox"/> 39 twi <input type="checkbox"/> 40 ukrán <input type="checkbox"/> 41 tagalog <input type="checkbox"/> 42 tamil <input type="checkbox"/> 43 thai <input type="checkbox"/> 44 tibeti <input type="checkbox"/> 45 tigrinya <input type="checkbox"/> 46 taishani <input type="checkbox"/> 47 urdu <input type="checkbox"/> 48 vietnámi <input type="checkbox"/> 49 Más nyelv (nevezze meg): _____ <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | <input type="checkbox"/> 31 román <input type="checkbox"/> 32 orosz <input type="checkbox"/> 33 szerb <input type="checkbox"/> 34 szlovák | | | <input type="checkbox"/> 31 román <input type="checkbox"/> 32 orosz <input type="checkbox"/> 33 szerb <input type="checkbox"/> 34 szlovák | |
| 1c) Milyen nyelven a legkönnyebb gyermekének/a páciensnek az egészségügyi szolgáltatójával történő kommunikáció? (Jelölje be az összes rá vonatkozót.) | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 1 angol* (Kanada hivatalos nyelve) <input type="checkbox"/> 2 francia* (Kanada hivatalos nyelve) <input type="checkbox"/> 3 albán <input type="checkbox"/> 4 amhara <input type="checkbox"/> 5 arab <input type="checkbox"/> 6 amerikai jelnyelv <input type="checkbox"/> 7 bengáli <input type="checkbox"/> 8 bolgár <input type="checkbox"/> 9 burmai <input type="checkbox"/> 10 grúz <input type="checkbox"/> 11 görög <input type="checkbox"/> 12 kantoni <input type="checkbox"/> 13 cseh <input type="checkbox"/> 14 dari <input type="checkbox"/> 15 fárszi | <input type="checkbox"/> 16 gudzsaráti <input type="checkbox"/> 17 hausza <input type="checkbox"/> 18 héber <input type="checkbox"/> 19 hindi <input type="checkbox"/> 20 magyar <input type="checkbox"/> 21 olasz <input type="checkbox"/> 22 karen <input type="checkbox"/> 23 koreai <input type="checkbox"/> 24 mandarin <input type="checkbox"/> 25 nepáli <input type="checkbox"/> 26 pastu <input type="checkbox"/> 27 lengyel <input type="checkbox"/> 28 portugál <input type="checkbox"/> 29 pandzsábi <input type="checkbox"/> 30 rohingya <input type="checkbox"/> 31 román <input type="checkbox"/> 32 orosz <input type="checkbox"/> 33 szerb <input type="checkbox"/> 34 szlovák | <input type="checkbox"/> 35 szomáli <input type="checkbox"/> 36 spanyol <input type="checkbox"/> 37 szuahéli <input type="checkbox"/> 38 török <input type="checkbox"/> 39 twi <input type="checkbox"/> 40 ukrán <input type="checkbox"/> 41 tagalog <input type="checkbox"/> 42 tamil <input type="checkbox"/> 43 thai <input type="checkbox"/> 44 tibeti <input type="checkbox"/> 45 tigrinya <input type="checkbox"/> 46 taishani <input type="checkbox"/> 47 urdu <input type="checkbox"/> 48 vietnámi <input type="checkbox"/> 49 Más nyelv (nevezze meg): _____ <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | |
| 2 a) Ön Kanadában született? | | 2 a) Ön Kanadában született? | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 Igen <input type="checkbox"/> 2 Nem | <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | <input type="checkbox"/> 1 Igen <input type="checkbox"/> 2 Nem | <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | | |
| 2 b) Ha nem, mikor érkezett az országba? | | 2 b) Ha nem, mikor érkezett az országba? | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 Kevesebb, mint 5 évvel ezelőtt <input type="checkbox"/> 2 5-9 évvel ezelőtt | <input type="checkbox"/> 3 10 évvel ezelőtt vagy annál régebben <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | <input type="checkbox"/> 1 Kevesebb, mint 5 évvel ezelőtt <input type="checkbox"/> 2 5-9 évvel ezelőtt | <input type="checkbox"/> 3 10 évvel ezelőtt vagy annál régebben <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | | |
| | | 2 c) A gyermeke/páciens Kanadában született? | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 1 Igen <input type="checkbox"/> 2 Nem | <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | | |

| | | |
|---|---|--|
| | 2 d) Ha nem, mikor érkezett az országba? | |
| | <input type="checkbox"/> 1 Kevesebb, mint 5 évvel ezelőtt <input type="checkbox"/> 2 5-9 évvel ezelőtt | <input type="checkbox"/> 3 10 évvel ezelőtt vagy annál régebben <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni |
| 3) Ön First Nations (Első nemzetek), métis és/vagy inuk/inuit származásának vallja magát? (Jelölje be az összes Önre vonatkozót.) Ez a kérdés arra vonatkozik, miként azonosítja magát (pl. tartalmazza a regisztrált vagy nem regisztrált státuszt is). | 3 a) Ön First Nations (Első nemzetek), métis és/vagy inuk/inuit származásának vallja magát? (Jelölje be az összes Önre vonatkozót.) Ez a kérdés arra vonatkozik, miként azonosítja magát (pl. tartalmazza a regisztrált vagy nem regisztrált státuszt is). | |
| <input type="checkbox"/> 1 Igen, First Nations <input type="checkbox"/> 2 Igen, inuk/inuit <input type="checkbox"/> 3 Igen, métis | <input type="checkbox"/> 4 Nem <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | <input type="checkbox"/> 1 Igen, First Nations <input type="checkbox"/> 2 Igen, inuk/inuit <input type="checkbox"/> 3 Igen, métis |
| | 3 b) A gyermeke/páciens First Nations (Első nemzetek), métis és/vagy inuk/inuit származásának vallja magát? (Jelölje be az összes rá vonatkozót.) Ez a kérdés arra vonatkozik, miként azonosítja magát (pl. tartalmazza a regisztrált vagy nem regisztrált státuszt is). | |
| | <input type="checkbox"/> 1 Igen, First Nations <input type="checkbox"/> 2 Igen, inuk/inuit <input type="checkbox"/> 3 Igen, métis | <input type="checkbox"/> 4 Nem <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni |
| 4) Mi az etnikai vagy kulturális háttere? Például: kanadai, kínai, kelet-indiai, angol, filippínó, francia, német, ír, olasz, jamaikai, zsidó, lengyel, portugál, skót, stb. | 4 a) Mi az etnikai vagy kulturális háttere? Például: kanadai, kínai, kelet-indiai, angol, filippínó, francia, német, ír, olasz, jamaikai, zsidó, lengyel, portugál, skót, stb. | |
| <input type="checkbox"/> 1 Adja meg: _____ <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | <input type="checkbox"/> 1 Adja meg: _____ <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | |
| | 4 b) Mi a gyermeke/páciens etnikai vagy kulturális háttere? Például: kanadai, kínai, kelet-indiai, angol, filippínó, francia, német, ír, olasz, jamaikai, zsidó, lengyel, portugál, skót, stb. | |
| | <input type="checkbox"/> 1 Adja meg: _____ <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | |
| 5) Az alábbiak közül melyik jellemzi legjobban az Ön faji csoportját? (Jelölje be az összeset, ami Önre vonatkozik, ha például több nemzetiségű vagy nem csak egy csoporthoz tartozik.) | 5 a) Az alábbiak közül melyik jellemzi legjobban az Ön faji csoportját? (Jelölje be az összeset, ami Önre vonatkozik, ha például több nemzetiségű vagy nem csak egy csoporthoz tartozik.) | |
| <input type="checkbox"/> 1 Közel-keleti, arab vagy nyugat-ázsiai (pl. afgán, egyiptomi, iráni, libanoni, perzsa, török, kurd stb.) <input type="checkbox"/> 2 Fekete (pl. afrikai, afro-kanadai, afro-karibi, afro-egyiptomi stb.) <input type="checkbox"/> 3 Kelet-ázsiai (pl. kínai, koreai, japán, tajvani stb.) <input type="checkbox"/> 4 Latin-amerikai (spanyol vagy latin-amerikai származású) | <input type="checkbox"/> 1 Közel-keleti, arab vagy nyugat-ázsiai (pl. afgán, egyiptomi, iráni, libanoni, perzsa, török, kurd stb.) <input type="checkbox"/> 2 Fekete (pl. afrikai, afro-kanadai, afro-karibi, afro-egyiptomi stb.) <input type="checkbox"/> 3 Kelet-ázsiai (pl. kínai, koreai, japán, tajvani stb.) <input type="checkbox"/> 4 Latin-amerikai (spanyol vagy latin-amerikai származású) | |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 5 Dél-ázsiai (pl. bangladesi, indiai, indo-karibi, pakisztáni, Srí Lanka-i stb.) <input type="checkbox"/> 6 Délkelet-ázsiai (pl. Fülöp-szigeteki, vietnámi, kambodzsai, thaiföldi, indonéz stb.) <input type="checkbox"/> 7 Fehér (pl. európai származású) <input type="checkbox"/> 8 Más faji/etnikai csoport (nevezze meg): <input type="checkbox"/> 9 Nem releváns (pl. a 3. kérdésnél őslakosként azonosította magát) <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | <input type="checkbox"/> 5 Dél-ázsiai (pl. bangladesi, indiai, indo-karibi, pakisztáni, Srí Lanka-i stb.) <input type="checkbox"/> 6 Délkelet-ázsiai (pl. Fülöp-szigeteki, vietnámi, kambodzsai, thaiföldi, indonéz stb.) <input type="checkbox"/> 7 Fehér (pl. európai származású) <input type="checkbox"/> 8 Más faji/etnikai csoport (nevezze meg): <input type="checkbox"/> 9 Nem releváns (pl. a 3. kérdésnél őslakosként azonosította magát) <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni |
| | 5 b) Az alábbiak közül melyik jellemzi legjobban gyermeke/a páciens faji csoportját? (Jelölje be az összeset, ami rá vonatkozik, ha például több nemzetiségű vagy nem csak egy csoporthoz tartozik.) |
| | <input type="checkbox"/> 1 Közel-keleti, arab vagy nyugat-ázsiai (pl. afgán, egyiptomi, iráni, libanoni, perzsa, török, kurd stb.) <input type="checkbox"/> 2 Fekete (pl. afrikai, afro-kanadai, afro-karibi, afro-egyiptomi stb.) <input type="checkbox"/> 3 Kelet-ázsiai (pl. kínai, koreai, japán, tajvani stb.) <input type="checkbox"/> 4 Latin-amerikai (spanyol vagy latin-amerikai származású) <input type="checkbox"/> 5 Dél-ázsiai (pl. bangladesi, indiai, indo-karibi, pakisztáni, Srí Lanka-i stb.) <input type="checkbox"/> 6 Délkelet-ázsiai (pl. Fülöp-szigeteki, vietnámi, kambodzsai, thaiföldi, indonéz stb.) <input type="checkbox"/> 7 Fehér (pl. európai származású) <input type="checkbox"/> 8 Más faji/etnikai csoport (nevezze meg): <input type="checkbox"/> 9 Nem releváns (pl. a 3. kérdésnél őslakosként azonosította magát) <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni |
| 6 a) Fogyatékossgal élő személynek vallja magát? (pl. mentálhigiénés állapot, testi fogyatékossg, érzékszervi fogyatékossg, krónikus betegségek) | 6 a) Fogyatékossgal élő személynek vallja magát? (pl. mentálhigiénés állapot, testi fogyatékossg, érzékszervi fogyatékossg, krónikus betegségek) |
| <input type="checkbox"/> 1 Igen <input type="checkbox"/> 2 Ha szeretné, részletezze: <input type="checkbox"/> 3 Nem <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | <input type="checkbox"/> 1 Igen <input type="checkbox"/> 2 Ha szeretné, részletezze: <input type="checkbox"/> 3 Nem <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni |
| 6 b) Hasznára válna-e az alábbiak bármelyikével kapcsolatos támogatás? (Jelölje be az összes Önre vonatkozót.) | 6 b) Hasznára válna-e az alábbiak bármelyikével kapcsolatos támogatás? (Jelölje be az összes Önre vonatkozót.) |
| <input type="checkbox"/> 1 Autizmus spektrumzavar <input type="checkbox"/> 2 Krónikus betegség (pl. sarlósejtes betegség, cukorbetegség stb.) <input type="checkbox"/> 3 Intellektuális képességzavar <input type="checkbox"/> 4 Fejlődési rendellenesség <input type="checkbox"/> 5 Kábítószer- vagy alkoholfüggőség <input type="checkbox"/> 6 Tanulási nehézség <input type="checkbox"/> 7 Mentális betegség | <input type="checkbox"/> 1 Alzheimer-kór <input type="checkbox"/> 2 Demencia <input type="checkbox"/> 3 Autizmus spektrumzavar <input type="checkbox"/> 4 Krónikus betegség (pl. sarlósejtes betegség, cukorbetegség stb.) <input type="checkbox"/> 5 Intellektuális képességzavar <input type="checkbox"/> 6 Fejlődési rendellenesség <input type="checkbox"/> 7 Kábítószer- vagy alkoholfüggőség |

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 8 Testi fogyatékoság <input type="checkbox"/> 9 Érzékszervi fogyatékoság (pl. gyengénlátás, vakság, siketség, nagyothallás stb.) <input type="checkbox"/> 10 Egyéb (nevezze meg): _____ <input type="checkbox"/> 11 Egyik sem <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | <input type="checkbox"/> 8 Tanulási nehézség <input type="checkbox"/> 9 Mentális betegség <input type="checkbox"/> 10 Testi fogyatékoság <input type="checkbox"/> 11 Érzékszervi fogyatékoság (pl. gyengénlátás, vakság, siketség, nagyothallás stb.) <input type="checkbox"/> 12 Egyéb (nevezze meg): _____ <input type="checkbox"/> 13 Egyik sem <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | | | | |
| | 6 c) Gyermeke/a páciens fogyatékosággal élő személy? (pl. mentálhigiénés állapot, testi fogyatékoság, érzékszervi fogyatékoság, krónikus betegségek) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 Igen <input type="checkbox"/> 2 Ha szeretné, részletezze: _____ <input type="checkbox"/> 3 Nem <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | | | | |
| | 6 d) Gyermeke/a páciensnek hasznára válna az alábbiak bármelyikével kapcsolatos támogatás? (Jelölje be az összes rá vonatkozót.) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 Autizmus spektrumzavar <input type="checkbox"/> 2 Krónikus betegség (pl. sarlósejtes betegség, cukorbetegség stb.) <input type="checkbox"/> 3 Intellektuális képességzavar <input type="checkbox"/> 4 Fejlődési rendellenesség <input type="checkbox"/> 5 Kábítószer- vagy alkoholfüggőség <input type="checkbox"/> 6 Tanulási nehézség <input type="checkbox"/> 7 Mentális betegség <input type="checkbox"/> 8 Testi fogyatékoság <input type="checkbox"/> 9 Érzékszervi fogyatékoság (pl. gyengénlátás, vakság, siketség, nagyothallás stb.) <input type="checkbox"/> 10 Egyéb (nevezze meg): _____ <input type="checkbox"/> 11 Egyik sem <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | | | | |
| 7) Mi volt a születésekor meghatározott neme? (Egyet jelöljön meg) | 7) Mi volt gyermeke/a páciens születésekor meghatározott neme? (Egyet jelöljön meg) | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 fiú <input type="checkbox"/> 2 lány | <input type="checkbox"/> 3 interszex <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom | <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | <input type="checkbox"/> 1 fiú <input type="checkbox"/> 2 lány | <input type="checkbox"/> 3 interszex <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom | <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni |
| 8) Mi az Ön nemi identitása? (Jelölje be az összes Önre vonatkozót.) | <p>Megjegyzés: A következő kérdések (8, 9, 10) a nemi hovatartozásra és a szexuális beállítottságra vonatkoznak. Még növésben, fejlődésben lévő gyermekek esetén a szülők és gondviselők még nem mindig tudják az összes kérdést megválaszolni. Ha az adott gyermek életkorát és fejlettségét figyelembe véve az tűnik helyénvalónak, válassza a „Nem tudom” vagy „Nem szeretnék válaszolni” lehetőséget.</p> <p>8 a) Mi az Ön nemi identitása? (Jelölje be az összes Önre vonatkozót.)</p> | | | | |

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 genderfluid vagy genderqueer <input type="checkbox"/> 2 fiú/férfi <input type="checkbox"/> 3 nembináris <input type="checkbox"/> 4 kétlelkű <input type="checkbox"/> 5 lány/nő <input type="checkbox"/> 6 kérdéses vagy bizonytalan <input type="checkbox"/> 7 más nemi identitás (nevezze meg) <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | <input type="checkbox"/> 1 genderfluid vagy genderqueer <input type="checkbox"/> 2 fiú/férfi <input type="checkbox"/> 3 nembináris <input type="checkbox"/> 4 kétlelkű <input type="checkbox"/> 5 lány/nő <input type="checkbox"/> 6 kérdéses vagy bizonytalan <input type="checkbox"/> 7 más nemi identitás (nevezze meg) <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni |
| | 8 b) Mi a gyermeke/páciens nemi identitása? (Jelölje be az összes rá vonatkozót.) |
| | <input type="checkbox"/> 1 genderfluid vagy genderqueer <input type="checkbox"/> 2 fiú/férfi <input type="checkbox"/> 3 nembináris <input type="checkbox"/> 4 kétlelkű <input type="checkbox"/> 5 lány/nő <input type="checkbox"/> 6 kérdéses vagy bizonytalan <input type="checkbox"/> 7 más nemi identitás (nevezze meg) <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni |
| 9) Transzneműnek vallja magát? A transznemű egy gyűjtőfogalom, amelyet olyan személyekre használnak, akiknek nemi identitása vagy nemi kifejeződése eltér a születésükkor megállapított nemüktől. | 9 a) Transzneműnek vallja magát? A transznemű egy gyűjtőfogalom, amelyet olyan személyekre használnak, akiknek nemi identitása vagy nemi kifejeződése eltér a születésükkor megállapított nemüktől. |
| <input type="checkbox"/> 1 Igen <input type="checkbox"/> 2 Nem <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | <input type="checkbox"/> 1 Igen <input type="checkbox"/> 2 Nem <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni |
| | 9 b) Gyermeke/a páciens transzneműnek vallja magát? A transznemű egy gyűjtőfogalom, amelyet olyan személyekre használnak, akiknek nemi identitása vagy nemi kifejeződése eltér a születésükkor megállapított nemüktől. |
| | <input type="checkbox"/> 1 Igen <input type="checkbox"/> 2 Nem <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni |
| 10) Melyik kategória/kategóriák jellemzi(k) legjobban az Ön szexuális irányultságát? (Jelölje be az összes Önre vonatkozót.) | 10 a) Melyik kategória/kategóriák jellemzi(k) legjobban az Ön szexuális irányultságát? (Jelölje be az összes Önre vonatkozót.) |
| <input type="checkbox"/> 1 aszexuális <input type="checkbox"/> 2 biszexuális <input type="checkbox"/> 3 demiszexuális <input type="checkbox"/> 4 meleg <input type="checkbox"/> 5 leszbikus <input type="checkbox"/> 6 pánszexuális <input type="checkbox"/> 7 queer <input type="checkbox"/> 8 kérdéses vagy bizonytalan <input type="checkbox"/> 9 azonos neműt szerető (SGL, afroamerikai közösségben élő homoszexuális) <input type="checkbox"/> 10 heteroszexuális <input type="checkbox"/> 11 kétlelkű <input type="checkbox"/> 12 más szexuális irányultság (nevezze meg) <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | <input type="checkbox"/> 1 aszexuális <input type="checkbox"/> 2 biszexuális <input type="checkbox"/> 3 demiszexuális <input type="checkbox"/> 4 meleg <input type="checkbox"/> 5 leszbikus <input type="checkbox"/> 6 pánszexuális <input type="checkbox"/> 7 queer <input type="checkbox"/> 8 kérdéses vagy bizonytalan <input type="checkbox"/> 9 azonos neműt szerető (SGL, afroamerikai közösségben élő homoszexuális) <input type="checkbox"/> 10 heteroszexuális <input type="checkbox"/> 11 kétlelkű <input type="checkbox"/> 12 más szexuális irányultság (nevezze meg) <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | | 10 b) Melyik kategória/kategóriák jellemzi(k) legjobban gyermeke/a páciens szexuális irányultságát? (Jelölje be az összes rá vonatkozót.) |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 aszexuális <input type="checkbox"/> 2 biszexuális <input type="checkbox"/> 3 demiszexuális <input type="checkbox"/> 4 meleg <input type="checkbox"/> 5 leszbikus <input type="checkbox"/> 6 pánszexuális <input type="checkbox"/> 7 queer <input type="checkbox"/> 8 kérdéses vagy bizonytalan <input type="checkbox"/> 9 azonos neműt szerető (SGL, afroamerikai közösségben élő homoszexuális) <input type="checkbox"/> 10 heteroszexuális <input type="checkbox"/> 11 kétlelkű <input type="checkbox"/> 12 más szexuális irányultság (nevezze meg) <hr/> <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni |
| 11) Gondot okoz Önnek/háztartásának az alapvető szükségletek finanszírozása? (Az alapvető szükségletek közé tartozhat a következők közül egy vagy több: lakhatás, élelmiszer, közüzemi számlák, közlekedés, internet és telefon, ruházkodás.) | | | 11) Jelenleg gondot okoz Önnek az alapvető szükségletek finanszírozása? |
| <input type="checkbox"/> 1 Igen <input type="checkbox"/> 2 Nem <input type="checkbox"/> 3 Nem releváns, nem kell fizetnem az alapvető szükségletekért. <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni | | | <input type="checkbox"/> 1 Igen <input type="checkbox"/> 2 Nem <input type="checkbox"/> 3 Nem releváns, nem kell fizetnem az alapvető szükségletekért. <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni |
| | | | 12) Mennyi volt tavaly a család adózás előtti teljes jövedelme? |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 \$0 – \$19 999 <input type="checkbox"/> 2 \$20 000 – \$39 999 <input type="checkbox"/> 3 \$40 000 – \$59 999 <input type="checkbox"/> 4 \$60 000 – \$79 999 <input type="checkbox"/> 5 \$480 000 – \$119 999 <input type="checkbox"/> 6 \$120 000 – \$149 999 <input type="checkbox"/> 7 \$150 000 vagy ennél több <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni |
| | | | 13) Hány személy él ebből a jövedelemből? |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 _____ személy <input type="checkbox"/> 88 Nem tudom <input type="checkbox"/> 99 Nem szeretnék válaszolni |