

## KWESTIONARIUSZ WYWIADU DLA RODZICA

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka:

Szkoła/przedszkole dziecka:

Zgłaszany problem: (proszę wpisać w poniższym polu)

Czy dziecko było wcześniej badane psychologicznie, pedagogicznie, logopedycznie? Kiedy miało to miejsce? Jakie były wyniki? (jeśli była wydana opinia to proszę ją załączyć do zgłoszenia)

### **Dane n/t rodziny dziecka**

Rodzina: pełna, niepełna, w separacji, w trakcie rozwodu, rodzice w nowych związkach, (właściwe podkreślić)

Inne osoby mieszkające we wspólnym gospodarstwie domowym:

Dane rodziców:

	Matka	Ojciec
wiek		
wykształcenie, zawód		
czy pracuje, w jakich godzinach		

Rodzeństwo: proszę podać imiona, wiek, szkołę i klasę, proszę zaznaczyć rodzeństwo przyrodnie

imię	wiek	szkoła	klasa

**Dane n/t przebiegu ciąży i okresu okołoporodowego**

Która ciąża z kolei? -

Czy miały miejsca poronienia? -

Czy ciąża przebiegała prawidłowo? TAK / NIE

Jeśli NIE, proszę podać powód (hospitalizacje, przyjmowane leki, krwawienia itp.)

W którym tygodniu odbył się poród? -

Czy poród był odbył się siłami natury czy przez cesarskie cięcie?

Czy poród przebiegał prawidłowo? TAK / NIE

Jeśli przebieg porodu był powikłany, proszę krótko opisać problem

Waga urodzeniowa dziecka:

Długość dziecka:

Ilość punktów Apgar (jeśli mniejsza niż 10, proszę podać za co punkty zostały odjęte)

Czy dziecko urodziło się wydolne oddechowo? TAK / NIE

Czy zaistniała konieczność pobytu dziecka w inkubatorze? TAK / NIE

Jeśli TAK, proszę podać jak długo dziecko przebywało w inkubatorze i z jakiego powodu.

Czy dziecko było karmione piersią? Jak długo?

Czy była potrzeba przedłużenia hospitalizacji dziecka po porodzie z uwagi na czynniki zdrowotne? TAK / NIE

Jeśli TAK, proszę podać powód

### **Dane n/t rozwoju psychoruchowego dziecka**

Proszę określić, w jakim wieku dziecko zaczęło:

gaworzyć	
samodzielnie siadać	
raczkować	
chodzić	
mówić pierwsze słowa	
łączyć słowa w proste zdania	

Czy pojawiły się nieprawidłowości w zakresie napięcia mięśniowego? Jeśli tak, proszę opisać jakie:

Czy dziecko posiada jakiegolwiek wady rozwojowe? (wada kręgosłupa, niedowłady, porażenia kończyn)

Czy dziecko uczestniczyło w rehabilitacji ruchowej? Jeśli tak, proszę podać w jakim było wieku i przez jaki okres czasu fizjoterapia trwała.

### **Dane n/t stanu zdrowia dziecka**

Czy dziecko kiedykolwiek przebywało w szpitalu? TAK / NIE

Jeśli TAK, proszę podać powód hospitalizacji oraz czas jej trwania, a także wiek dziecka w momencie pobytu szpitalu:

Czy dziecko miało badany wzrok? TAK / NIE

Czy występują u dziecka problemy z prawidłowym widzeniem? TAK / NIE

Jeśli TAK, jakie są to problemy? Czy dziecko nosi okulary? Jakiego ma szkła (wartość w dioptriach)?

Czy dziecko miało badany słuch? TAK / NIE

Czy u dziecka występują trudności w zakresie prawidłowego słyszenia?

TAK / NIE

Jeśli TAK, jakie są to problemy?

Czy dziecko jest pod opieką specjalistów (lekarz neurolog, psychiatra itp.)

TAK / NIE

Jeśli TAK, proszę podać u jakiego specjalisty oraz z jakiego powodu?

Czy i na jakie choroby dziecko choruje najczęściej?

Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia? TAK / NIE

Jeśli TAK, to kiedy i w jakiej sytuacji doszło omdlenia lub utraty przytomności, co było przyczyną itp.?

Czy dziecko miało jakieś urazy, wypadki, urazy głowy? Proszę podać okoliczności zdarzenia, jaki rodzaj urazu wystąpił, wiek dziecka, kiedy to się stało i formę leczenia (pobyt w szpitalu, porada lekarska, itp.)

Czy dziecko miało wykonywane badania specjalistyczne głowy; EEG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny?

TAK / NIE

Czy dziecko przyjmuje na co dzień leki? TAK / NIE

Jeśli TAK jakie i w jakich dawkach?

--

Czy dziecko jest uczulone? TAK / NIE

Jeśli tak, na co jest uczulone? (pokarmy, leki itd.)

--

Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka:

--

Czy kiedykolwiek obserwowaliście Państwo u dziecka poniższe problemy? Jeśli tak – prosimy o dodatkowe informacje (od kiedy i jak długo trwały, czy nadal jest to problem, jakie były w związku z nimi podjęte działania)

Zaburzenia rozwoju mowy	
Lęki	
Lęk przed chodzeniem do szkoły	
Tiki	
Depresja/ obniżenie nastroju	
Myśli bądź próby samobójcze/ samookaleczenia	
Używki	

Czy występują u Państwa dziecka inne zachowania trudne/niepożądane?

TAK / NIE

Jeśli TAK, to jakie?

--

Czy dziecko jest/było pod opieką logopedy? TAK / NIE

### **Przebieg edukacji**

Czy dziecko uczęszczało do żłobka? (jeśli tak, to proszę podać w jakim wieku rozpoczęło i jak przebiegała adaptacja)

--

Czy uczęszczało do przedszkola? (proszę podać w jakim wieku rozpoczęło, jak przebiegała adaptacja do warunków przedszkolnych)

--

Gdzie dziecko realizowało „o” – w przedszkolu, w szkole (proszę podkreślić)

Szkoła podstawowa (przebieg nauki, czy powtarzało klasę, zmieniał klasę lub szkołę, jakie były tego powody, inne informacje ważne Państwa zdaniem)

--

Szkołą ponadpodstawowa (przebieg nauki, czy powtarzało klasę, zmieniał klasę lub szkołę, jakie były tego powody, inne informacje ważne Państwa zdaniem)

--

Jak dziecko radzi sobie w szkole? Prosimy odnieść się do poniższych punktów:

Wyniki w nauce	
Koncentracja	
Mocne strony, sukcesy, osiągnięcia	
Trudności	
Kontakty z rówieśnikami	
Kontakty z dorosłymi	
Wykonywanie poleceń i przestrzeganie zasad	

Ewentualne uwagi, skargi nauczycieli	
--------------------------------------	--

Czy dziecko uczestniczy / uczestniczyło w zajęciach korekcyjno-kompensacyjnych (terapia pedagogiczna)?

TAK / NIE

Jak przebiega odrabianie lekcji? Czy dziecko robi je samo, czy z pomocą dorosłego? Ile czasu ono trwa?

--

Czy dziecko ma kontakty z rówieśnikami poza szkołą? Jak często? Jak te kontakty wyglądają?

--

Jakie są mocne strony dziecka poza szkołą, w czym jest dobre, gdzie odnosi sukcesy?

--

Jak opisalibyście Państwo swoje dziecko: (właściwe podkreślić)

<b>najczęściej</b>	pogodne, spokojne, ruchliwe, płaczliwe, lękliwe, zamknięte w sobie, odważne
<b>w kontaktach z innymi dziećmi</b>	uległe, narzuca swoją wolę, współdziała, troskliwe, obojętne
<b>w zdenerwowaniu lub złości najczęściej</b>	płacze, rzuca się na ziemię, bije innych, bije siebie, gryzie siebie, gryzie innych, szczypie siebie, szczypie innych, zamyka się w sobie, ustępuje

Czym najchętniej lubi się zajmować Państwa dziecko w wolnym czasie, jakie są jego zainteresowania?

--

W jakich zajęciach dodatkowych uczestniczy?

--

Z kim najchętniej dziecko bawi się/ spędza wolny czas?

--

Jak dziecko korzysta z telefonu, komputera, internetu; czy coś budzi Pani/ Pana niepokój?

--

**Kilka informacji n/t rodziny:**

Jakie są najważniejsze rodzinne problemy?	
Jakie są mocne strony rodziny?	
Jak opisalibyście Państwo domową atmosferę?	
W jaki sposób spędzacie Państwo razem wolny czas?	
Czy dziecko ma swoje hobby? Czy uczestniczą w nim rodzice, rodzeństwo?	
Czy dziecko posiada obowiązki domowe i jak się z nich wywiązuje?	

**Inne informacje, które uważacie Państwo za istotne:**

--

data:

podpis rodzica: