**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 jakiekolwiek 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?  Jakie 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 „0” – w przedszkolu, w szkole (proszę podkreślić)

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

|  |
| --- |
|  |

Szkołą ponadpodstawowa (przebieg nauki, czy powtarzało klasę, zmieniało 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)

|  |  |
| --- | --- |
| **najczęściej** | pogodne,  spokojne,  ruchliwe,  płaczliwe,  lękliwe,  zamknięte w sobie,  odważne |
| **w kontaktach z innymi dziećmi** | uległe, narzuca swoją wolę, współdziała, troskliwe, obojętne |
| **w zdenerwowaniu lub złości najczęściej** | płacze, rzuca się na ziemie, 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: