

KWESTIONARIUSZ WSTĘPNEGO WYWIADU

Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia:	
Osoba wypełniająca: (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)	
Data wypełnienia kwestionariusza:	

1. Zgłaszany problem, niepokojące zachowania dziecka:

(konkretne przykłady zachowań, od kiedy się utrzymują, jak zmieniały się w czasie, jak często obecnie występują):

--

2. Mocne strony i zalety dziecka:

--

3. Dotychczasowa pomoc i opieka specjalistyczna:

(neurologiczna, psychiatryczna, alergologiczna, laryngologiczno-audiologiczna, okulistyczna itp.)

--

4. Dotychczasowe diagnozy:

(psychologiczna/logopedyczna/pedagogiczna/integracji sensorycznej – data, powód, wyniki/wnioski)

5. Dotychczasowe formy terapii:

(logopedyczna, psychologiczna, integracji sensorycznej, pedagogiczna, fizjoterapia itp. – data, czas trwania)

6. Informacje na temat rozwoju dziecka: (zakreślić właściwe)

Przebieg ciąży	prawidłowy	wystąpiły problemy (stres, intensywne wymioty, krwawienia, hospitalizacje, przyjmowanie leków itp.):
Użytki w czasie ciąży	brak / papierosy / alkohol / narkotyki	
Poród tydzień: siłami natury / cięcie cesarskie waga urodzeniowa: Apg:	prawidłowy	wystąpiły problemy (brak lub zatrzymanie akcji porodowej, owinięcie pępowiną, użycie kleszczy, zielone wody płodowe, bilirubinemia itp.):
Rozwój ruchowy (proszę wpisać, w którym mies. życia pojawiła się umiejętność)	siadanie: raczkowanie: samodzielne chodzenie:	
Rozwój mowy (proszę podać, w którym mies. życia pojawiła się umiejętność)	gaworzenie: pierwsze słowa: łączenie dwóch słów: zdania:	
Rozumienie mowy	prawidłowe	wystąpiły problemy:

7. Informacje na temat stanu zdrowia i zachowań dziecka: (zakreślić właściwe)	
Dolegliwości, urazy głowy, choroby, hospitalizacje *	
Przyjmowane obecnie leki	
Badanie słuchu *	
Badanie EEG, QEEG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny *	
<i>* jeśli „tak” prosimy o dołączenie kopii kart wypisowych lub opisów wyników</i>	
Sen Czy dziecko samo zasypia? Czy wybudza się w nocy? Czy ma rytuały zw. ze spaniem? Ma koszmarne sny?	
Jedzenie Czy dziecko ma apetyt? Czy ma rytuały podczas jedzenia? Czy preferuje pokarmy o konkretnej strukturze/temp.? Czy zgłasza pocz. głodu, pragnienia?	
Kontakt emocjonalny Czy dziecko lubi się przytulać do bliskich mu osób? Czy nawiązuje i utrzymuje kontakt wzrokowy? Czy jest empatyczne, przejmuje się emocjami innych osób?	
Potrzeby fizjologiczne Czy u dziecka występuje moczenie dzienne/nocne, zanieczyszczanie, biegunki /zaparcia, wstrzymywanie itp.?	
Ulubione formy aktywności Czy dziecko woli zabawy samotne czy z rówieśnikami? Czy często narzuca innym swoje pomysły? Czy potrafi współpracować? Czy bawi się stereotypowo? Czy ma monotematyczne zainteresowania?	

8. Przedszkole:

(adaptacja, relacje z rówieśnikami, wykonywanie poleceń, koncentracja, zachowanie)

9. Szkoła:

(adaptacja, relacje z rówieśnikami, wykonywanie poleceń, koncentracja, tempo pracy, wyniki w nauce, zachowanie, odrabianie lekcji - jak przebiega, samodzielnie / z pomocą, ile czasu zajmuje?)

10. Kontakty z rówieśnikami poza przedszkolem/szkolą:

(jak często nawiązuje? jak wyglądają relacje?)

11. Zainteresowania, obszary, w których dziecko odnosi sukcesy:**12. Przestrzeganie zasad domowych, wykonywanie obowiązków:**

(czy ma obowiązki domowe? jakie działania zostają podjęte, jeśli dziecko złamie ważną zasadę? jak w praktyce realizowane są zasady dot. korzystania z urządzeń mających ekrany?)

13. Niepokojące zachowania występujące u dziecka:*(jeśli występują, proszę podać od kiedy, na czym polegają, jak często się pojawiają itp.)*

zaburzenia mowy (opóźniony rozwój mowy, wada wymowy, niepełność mowy, echolalie, trudności z budowaniem zdań)	brak	występują:
zaburzenia słuchu (niedosluch, nadwrażliwość słuchowa, problemy z rozumieniem mowy i zapamiętywaniem)	brak	występują:
zaburzenia integracji sensorycznej	brak	występują:
zaburzenia uwagi	brak	występują:
wzmoczona ruchliwość	brak	występują:
nadmierna impulsywność, problemy z samoregulacją	brak	występują:
lęki (lęk separacyjny, lęk przed chodzeniem do przedszkola lub szkoły, lęk społeczny, fobie itp.)	brak	występują:
objawy depresyjne (przewlekły smutek, obniżona aktywność, drażliwość itp.)	brak	występują:
tiki ruchowe / wokalne	brak	występują:
czynności natrętne, powtarzające się rytuały	brak	występują:
samookaleczenia, myśli i/lub próby samobójcze	brak	występują:
papierosy, alkohol, narkotyki, dopalacze	brak	występują:
uzależnienie od multimediiów	brak	występują:
inne:	brak	występują:

14. Informacje o rodzinie:

Dziecko wychowuje się w rodzinie biologicznej / adopcyjnej / rodzinie zastępczej /

Rodzina pełna / niepełna

Osoby mieszkające z dzieckiem:

W przypadku sytuacji rozwodu - w jaki sposób rodzice/opiekunowie prawni dzielą się opieką nad dzieckiem?

Rodzeństwo i jego wiek (biologiczne / przyrodnie / dziecko partnera z poprzedniego związku):

Mama

(wiek, wykształcenie, wykonywany zawód, czas poświęcany na pracę zawodową, stan zdrowia, choroby):

Tata

(wiek, wykształcenie, wykonywany zawód, czas poświęcany na pracę zawodową, stan zdrowia, choroby):

Sposoby wspólnego (rodzice+dzieci) spędzania wolnego czasu; atmosfera w rodzinie:

15. Oczekiwania w zakresie współpracy z Centrum Mavicus: