

KWESTIONARIUSZ DIAGNOSTYCZNY

Data:	
Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia:	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna	
Adres e-mail rodzica/opiekuna:	
Telefon do rodzica/opiekuna:	

Wywiad okołoporodowy

Nie Tak

	Nie	Tak	
1. Czy miały miejsce komplikacje przed narodzinami dziecka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • infekcje wirusowe • problem z utrzymaniem ciąży • używki • inne.....
2. Czy miały miejsce komplikacje w czasie porodu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • wcześniactwo • niedotlenienie • inne.....
3. Czy miały miejsce komplikacje po porodzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • wysoki poziom bilirubiny • wylewy do o.u.n • inne.....

Rozwój psychoruchowy

Nie Tak

4. Czy w pierwszym r.ż dziecko miało wysoką gorączkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Czy w 1 r.ż dziecko wymagało specjalistycznej rehabilitacji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Czy dziecko o czasie osiągnęło kamienie milowe w rozwoju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(tzn. siadanie ok. 6 m. ż., chodzenie ok. 12 m. ż.)
7. Czy w 1 r. życia dziecko mówiło pojedyncze słowa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Czy w 2 r. życia dziecko mówiło proste, trzywyrazowe zdania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wywiad chorobowy

Nie Tak

1. Czy dziecko miało już badany słuch? Kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • powyżej roku temu • w ciągu ostatniego roku • w ciągu ostatniego miesiąca
*2. Czy czułość słuchu dziecka jest normie tzn. słyszy na poziomie 20dB ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*3. Czy dziecko ma aktualnie niedosłuch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • lekki ubytek (21-40 dB) • średni (41-70 dB) • znaczny (71-90 dB)
4. Czy dziecko chorowało na uszy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • zapalenie ucha wewnętrznego/środkowego • wysiękowe zapalenie ucha • perlak
5. Czy dziecko nosi aparat słuchowy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • obustronnie • lewostronnie • prawostronnie
6. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy dziecko chorowało?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • zapalenie uszu • angina • infekcja wirusowa • inne.....
7. Czy dziecko ma zdiagnozowaną alergię?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Czy dziecko ma często przewlekły katar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Czy dziecko często choruje na przeziębienia lub anginy więcej niż 3 razy w roku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Czy dziecko ma objawy powiększenia migdałka gardłowego (III migdał)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • mówi "przez nos" • chrapie • ma bezdechy w nocy
11. Czy dziecku zdarza się słyszeć dźwięki w uchu/uszach gdy w pomieszczeniu jest cicho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*12. Czy dziecko jest nadwrażliwe na głośne dźwięki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • urządzeń domowych • hałas w szkole/przedszkolu • dźwięk syreny pogotowia • wysokie/piskliwe tony • niskie tony
13. Czy ktoś w rodzinie ma niedosłuch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Czy dziecko przeżyło operacje uszu, gardła lub inne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • wycięcie migdałka • drenaż jam bębenkowych
15. Czy dziecko miało jakieś inne operacje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(jakie?)
*16. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(jakie?)

*17. Czy dziecko choruje na choroby neurologiczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • epilepsja • mózgowie porażenie dziecięce • inne choroby układu nerwowego • inne.....
18. Czy dziecko uległo jakiemuś wypadkowi z urazem głowy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(jakiemu?)
*17. Czy dziecko przyjmuje na stałe leki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • kardiologiczne • alergiczne • neurologiczne, jakie?.... • psychiatryczne, jakie?.... • inne.....
18. Czy dziecko chorowało na choroby zakaźne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Informacje dotyczące rozwoju dziecka **Nie Tak**

1. Czy dziecko uczęszczało na terapię logopedyczną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mniej/ dłużej niż rok?
2. Na jakie inne terapie uczęszcza/ło dziecko?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • integracji sensorycznej • trening słuchowy muzyczny • terapia ręki • biofeedback • trening umiejętności społecznych • inne.....
*3. Czy występują zaburzenia w sferze emocjonalnej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • rozdrażnienie • pobudzenie • impulsywność • apatia • inne.....
4. Czy w rodzinie istniały przypadki trudności w uczeniu się?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*5. Czy rozwój intelektualny dziecka jest poniżej normy wiekowej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rozwój intelektualny jest na poziomie: <ul style="list-style-type: none"> • 2-3 lat • 4-5 lat • 6-7 lat • 8-12 lat
*6. Czy dziecko ma trudności w uczeniu się?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • z nauką czytania • z czytaniem ze zrozumieniem • z poprawnym, ortograficznym pisanem • ze stroną graficzną pisma
*7. Czy dziecko ma diagnozę i/lub jest w trakcie diagnozy, któregoś z zaburzeń rozwojowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • w trakcie diagnozy afazji • ma diagnozę afazji • w trakcie diagnozy dysleksji • ma diagnozę dysleksji • w trakcie diagnozy ADHD • ma diagnozę ADHD • w trakcie diagnozy SLI, • ma diagnozę SLI • w trakcie diagnozy zespołu Aspergera, • ma diagnozę zespołu Aspergera • w trakcie diagnozy autyzmu • ma diagnozę autyzmu
*8. Czy występują trudności szkolne (z jakimi przedmiotami?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • przedmioty ścisłe (matematyka, fizyka, informatyka) • humanistyczne (j.polski, historia) • przyrodniczne (przyroda, geografia, biologia) • artystyczne (muzyka, plastyka) • język obcy • wf

*9. Czy dziecko ma ulubione przedmioty szkolne(jakie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • przedmioty ścisłe (matematyka, fizyka, informatyka) • humanistyczne (polski, historia) • przyrodniczne (przyroda, geografia, biologia) • artystyczne (muzyka, plastyka) • język obcy • wf
*10. Czy dziecko ma/miało trudności z uczeniem się na pamięć?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*11. Czy dziecko ma trudności z uwagą słuchową?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • łatwo się rozprasza • krótka koncentracja na zadaniu
*12. Czy dziecko ma trudności z nauką języka obcego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • z rozumieniem nauczyciela • zapamiętaniem słówek • poprawnym pisaniem • z wymową słów

Inne uwagi

Objawy obserwowane u dziecka	nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
1. Czy dziecko ma trudności z rozumieniem mowy w hałasie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy dziecko ma trudności z rozpoznaniem skąd pochodzi dźwięk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy dziecko ma trudności ze zrozumieniem, gdy ktoś szybko mówi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy dziecko ma trudności z rozumieniem poleceń lub dłuższych wypowiedzi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy dziecko ma problemy z uczeniem się ze słuchu lub poprawnym pisaniem ze słuchu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy dziecko ma trudności z nauką języka obcego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy dziecko odczuwa dyskomfort słysząc głośne dźwięki lub hałas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy dziecko nie potrafi dłużej utrzymać uwagę na zadaniu/poleceniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy dziecko ma trudności z koncentracją uwagi (łatwo się rozprasza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czy dziecko ma problemy z odczytaniem treści emocjonalnej zawartej w wypowiedzi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Czy dziecko jest niezdarne ruchowo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Podpis Klienta/Opiekuna prawnego

Podpis Providera