## KWESTIONARIUSZ WYWIADU Z RODZICAMI

Prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Udzielone informacje będą pomocne w lepszym zrozumieniu dziecka. Wszystkie informacje są poufne.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka |  |
| **Aktualne trudności dziecka** | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sytuacja rodzinna (proszę uzupełnić)** | |
| Rodzina (pełna, niepełna,)(od kiedy?) / (zrekonstruowana) (do kiedy?)  (proszę opisać sytuację) | |
|  | |
| Rodzeństwo | (rok urodzenia) |
| 1.  2.  3. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Przebieg Ciąży** | |
| Która ciąża? |  |
| Wskazania do leżenia (w którym trymestrze? Jak długo? Z jakiego powodu?) |  |
| Choroby (proszę zostawić właściwe lub dopisać) | Nadciśnienie, cukrzyca, zatrucie ciążowe, choroby tarczycy, różyczka, grypa, inne… |
| Przyjmowane leki |  |
| Stresujące wydarzenia |  |
| Dodatkowe informacje | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Poród** | |
| W którym tygodniu? |  |
| Przebieg porodu (proszę zostawić właściwe lub dopisać) | Siłami natury (czas trwania porodu, komplikacje) Cesarskie cięcie (z jakiego powodu?) |
| Waga dziecka |  |
| Punkty Apgar |  |
| Odruch ssania | TAK / NIE |
| Pobyt w inkubatorze | TAK (jak długo?) / NIE |
| Żółtaczka | Nie wystąpiła / w normie / przedłużona |
| Dodatkowe badania, zabiegi w okresie okołoporodowym | |
|  | |
| **Pierwszy rok życia** | |
| Karmienie piersią | TAK (jak długo?) / NIE |
| Kolki | TAK (jak długo?) / NIE |
| Rehabilitacja | (z jakiego powodu?)(jak długo?) |
| Raczkowanie | (w którym miesiącu?) |
| Chodzenie | (w którym miesiącu?) |
| Rytm snu i czuwania | (regularny/nieregularny) |
| Dodatkowe informacje o funkcjonowaniu dziecka w pierwszym roku życia | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Opieka nad dzieckiem** | |
| Żłobek | (od kiedy?) |
| Przedszkole | (od kiedy?) |
| Przebieg adaptacji |  |
| Funkcjonowanie w placówce |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Stan zdrowia dziecka** | |
| Urazy, wypadki. | (kiedy?) |
| Przebyte choroby |  |
| Leczenie antybiotykami | (jak często?) |
| Pobyty w szpitalu | (z jakiego powodu?)(kiedy?) |
| Zabiegi w narkozie | (z jakiego powodu?)(kiedy?) |
| Choroba lokomocyjna |  |
| Drgawki gorączkowe |  |
| Opieka specjalistyczna (proszę zostawić właściwe lub dopisać) | Psycholog, logopeda, neurolog, okulista, laryngolog, alergolog, rehabilitacja, inne (z jakiego powodu?)(kiedy?) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sposób spędzania czasu** | |
| Ulubione zabawy i aktywności | |
|  | |
| Gry komputerowe, bajki. (jakie są ulubione? Ile czasu w ciągu dnia?) | |
|  | |
| Aktywność na powietrzu | (jaka?)(ile czasu w ciągu dnia?) |
| Zajęcia dodatkowe | (jakie?)(ile czasu w tygodniu?) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sen** | |
| Dziecko śpi samo | TAK / NIE |
| Od której do której? |  |
| Moczenie nocne | TAK/ NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jedzenie** | |
| Apetyt (proszę zostawić właściwe lub dopisać) | Nadmierny / w normie / brak apetytu |
| Dieta | (ulubione potrawy, czy unika pewnych potraw?) |
| Jak często jada słodycze? |  |
| Jak często jada chipsy, jedzenie typu Fast-food? |  |
| **Samodzielność (w jakich obszarach potrzebuje pomocy? Np. ubieranie się, odrabianie lekcji)** | |
|  | |
| **Dodatkowe informacje o dziecku**  **(słabe i mocne strony, szczególne uzdolnienia, zainteresowania itp.)** | |
|  | |
| **Oczekiwania** | |
|  | |

…………………………………..

Podpis rodzica .