



Informacje do wywiadu/konsultacji

Dane dziecka:

- Imię i nazwisko dziecka
- Data urodzenia.....

Problem/problemy dziecka

- ⊙ Co Państwa niepokoi ?
- ⊙ W czym dziecko sobie dobrze radzi, czym się stresuje?
- ⊙ Co chcielibyście Państwo, aby się zmieniło?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Okres przedporodowy matki, ojca :

- ⊙ przebyte choroby.....
- ⊙ przeżycia, traumy.....
- ⊙ przyjmowane leki
- ⊙ praca matki, ojca.....
- ⊙ choroby rodziców.....

Przebieg ciąży:

- *różyczka, grypa, infekcje wirusowe, zatrucia, wymioty, krwawienia*

Przebieg akcji porodowej

.....

.....

.....

.....

.....



PsychoSensorycznie
Okres okołoporodowy i niemowlęcy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przyjmowanie przez dziecko leków

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Stan zdrowia w okresie dzieciństwa

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aktywność dziecka

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Historia zabawy

[illegible]

Historia komunikowania się

(czy gaworzyło- kiedy, kiedy pierwsze słowa, kiedy pierwsze zdania?, czy opowiada co się wydarzyło?)

[illegible]

Reakcje na dotyk

(czy lubi dotyk np. głaskanie, przytulanie? Kto może przytulić dziecko? Czy lubi mocne dociski? Czy zdarza się, że dużo skacze, chodzi na palcach?)

[illegible]

Reakcje na światło

(czy zasypia przy świetle, czy boi się ciemnych pomieszczeń, czy poszukuje źródeł światła np. patrzy się w lampy?)

.....

.....

.....

.....

Reakcje na dźwięki

(czy boi się jakiegoś rodzaju dźwięków np. odgłosy zwierząt, dźwięki sprzętów domowych, jak znosi obcinanie włosów oraz manipulacje przy głowie?/ czy preferuje jakiś rodzaj dźwięków np. zabawki z melodyjkami, czy sama jest głośna często wokalizuje?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Reakcje na zapachy

.....

.....

.....

.....

.....

Reakcje na smaki

.....

.....

.....

.....

.....

Relacje z innymi dziećmi

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mocne strony dziecka

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dotychczasowe diagnozy, które dziecko już posiada

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dodatkowe informacje

W jakich sytuacjach dziecko jest:

- szczególnie zestresowane, wpada w panikę bez większego powodu

.....

.....

- wpada w złość, jak odreagowuje złość, jak się uspokaja?

.....

.....

-wstrzega się obcych osób, (jakich)

DUDU

PsychoSensorycznie

W jakich sytuacjach najbardziej lubi przebywać (w domu z mamą, z innymi dziećmi, w odwiedzinach u znajomych, na placu zabaw-jak reaguje na inne dzieci, jak zawiązuje przyjaźnie).....

.....

Czy jest spostrzegawcze, czy zauważa szczegóły, czy zapamiętuje

.....

Typowe zainteresowania dziecka.....

.....

Czy szybko się męczy podczas jakichkolwiek zabaw, spacerów, ruchu?.....

.....

Czy często upada, czy i jak broni się przed upadkiem.....

Której ręki częściej używa do zajęć.....

Czy lubi jeść i jakie głównie produkty?.....

Trawienie i wypróżnianie, (w jakiej pozycji siedzi na sedesie (zbyt pochylona-boi się siedzieć, unika siadania).....

Jak zasypia, jak śpi.....

.....

Jak wygląda plan dniowy dziecka?.....

.....

Czy uczęszcza na terapie, czy już uczęszczało; kiedy i na jakie?.....

.....

Czy było szczepione (jakie szczepionki?).....

.....