



# Szanowni Państwo,

rozpoczynamy wspólną terapeutyczną drogę. Zapraszam Was - rodziców - do wypełnienia poniższego kwestionariusza. Zawarte w nim informacje będą pomocne w procesie diagnostycznym i w planowaniu indywidualnego planu terapeutycznego dla Waszego dziecka. W czasie spotkania przejrzę go wspólnie z Państwem i porozmawiamy o dotychczasowym rozwoju Waszego dziecka oraz aktualnych problemach.

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data urodzenia dziecka: ..... Nr pesel: .....

Data wypełnienia kwestionariusza: .....

## *Informacje dotyczące obserwowanych problemów*

Proszę krótko opisać powód zgłoszenia się do gabinetu. Bardzo istotne aby wymienili Państwo jak najwięcej konkretnych niepokojących Państwa problemów, kiedy się zaczęły i jak zmieniały się w czasie. Co spowodowało, że teraz zdecydowaliście się na konsultację?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



<p><b>Rozwój motoryczny w pierwszych latach życia</b></p>	<p>Był prawidłowy</p>	<p>Występowały następujące problemy (siadanie, raczkowanie, stawanie, chodzenie):</p>
<p><b>Rozwój mowy i języka</b></p>	<p>Prawidłowy</p>	<p>Wystąpiły następujące problemy (jeśli opóźniony czy pojedyncze słowa pojawiły się przed drugim rokiem życia?):</p>
<p><b>Czy dziecko lubi się przytulać, nawiązuje kontakt wzrokowy, uśmiecha się?</b></p>	<p>Tak</p>	<p>Obserwujemy następujące problemy:</p>
<p><b>Czy dziecko prawidłowo opanowało korzystanie z toalety?</b></p>	<p>Tak</p>	<p>Obserwujemy następujące problemy:</p>
<p><b>Czy występują problemy z moczeniem się lub zanieczyszczaniem?</b></p>	<p>Nie</p>	<p>Obserwujemy następujące problemy:</p>

<p><b>Czy jest coś co uważacie Państwo za niepokojące w spożywaniu posiłków przez dziecko?</b></p>	<p>Nie</p>	<p>Tak, obserwujemy następujące problemy (specjalna dieta, spożywanie posiłków w przedszkolu/szkole, zakres samodzielności):</p>
<p><b>Czy jest coś niepokojącego związanego ze snem dziecka?</b></p>	<p>Nie</p>	<p>Tak, obserwujemy następujące problemy (budzenie w nocy, bezsenność, koszmary senne, spanie z rodzicami w łóżku):</p>
<p><b>Czy jest coś niepokojącego związanego ze snem dziecka?</b></p>	<p>Nie</p>	<p>Tak, jakie?</p>

### *Zainteresowania dziecka*

W jaki sposób dziecko lubi spędzać czas?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jakie są ulubione zabawki/przedmioty dziecka?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Czy i na jakie zajęcia dodatkowe uczęszcza dziecko?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## *Przedszkole*

W jakim wieku dziecko trafiło do przedszkola (żłobka, klubiku dla dzieci)?

---

---

Czy obserwujecie/obserwowaliście Państwo jakieś problemy z zachowaniem, nabywaniem nowych umiejętności, kontaktami z innymi dziećmi, komunikacją z dorosłymi? Czy tego rodzaju problemy są/były zgłaszane przez nauczycielki?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Proszę o opisanie zabaw Państwa dziecka. Czy bawi/ bawiło się podobnie jak rówieśnicy (tematycznie, „na niby”), czy ma/miało trudności w zabawie, bo szybko się nudzi albo chce narzucać swoje pomysły, nie potrafi dostosować się do innych albo bawi się stereotypowo?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Szkola

Jak przebiegała adaptacja dziecka do szkoły?

Jak dziecko uczy się w szkole? Jakie oceny najczęściej przynosi? Czy ma jakieś problemy z nauką? Z jakich przedmiotów jest najsilniejsze, a z jakimi idzie mu najłabiej?

Czy dziecko przynosi uwagi ze szkoły? Czy są powtarzające się, stałe skargi nauczycieli?

Jak wyglądają relacje z rówieśnikami?

Czy dziecko ma ulubionego kolegę/koleżankę?

W jaki sposób przebiega komunikacja dziecka i nauczyciela?

### *Informacje na temat rodziny*

Proszę o krótki opis Państwa sytuacji rodzinnej. Jaki jest skład rodziny (pełna, zrekonstruowana, zastępcza, adopcyjna)? Czy dziecko ma rodzeństwo (proszę o wymienienie wraz z wiekiem)? Jakie dorosłe osoby oprócz rodziców mieszkają wraz z dzieckiem?

Czy w ostatnim czasie miały miejsce u Państwa w życiu jakieś istotne wydarzenia lub zmiany? (kryzys małżeński, rozwód, przeprowadzka, śmierć, problemy finansowe itp.)

## Informacje o mamie

Wiek

Wykształcenie

Czy mama pracuje? (proszę o podanie rodzaju i czasu pracy)

Jaki jest stan zdrowia? Czy mama leczona jest z powodu chorób przewlekłych?

Czy mama korzystała w swoim życiu z pomocy psychiatrycznej? Jeśli tak, to proszę o podanie z jakiego powodu?

Czy występują problemy z używkami (alkohol, papierosy, narkotyki?)

Czy w rodzinie były próby samobójcze?

Czy w rodzinie występowały choroby psychiczne (jeśli tak, to u kogo i jakie)?



## Informacje o tacie

Wiek

Wykształcenie

Czy tata pracuje? (proszę o podanie rodzaju i czasu pracy)

Jaki jest stan zdrowia? Czy tata leczony jest z powodu chorób przewlekłych?

Czy tata korzystał w swoim życiu z pomocy psychiatrycznej? Jeśli tak, to proszę o podanie z jakiego powodu?

Czy występują problemy z używkami (alkohol, papierosy, narkotyki?)

Czy w rodzinie były próby samobójcze?

Czy w rodzinie występowały choroby psychiczne (jeśli tak, to u kogo i jakie)?

