

WYWIAD Z RODZICEM / OPIEKUNEM DZIECKA

Formularz wypełnia Rodzic lub opiekun prawny. W razie wątpliwości pozostaw pole puste i omów je z terapeutką.

Część 1 z 5

Powód zgłoszenia dziecka na diagnozę lub konsultację

1. Data spotkania

2. Osoby obecne na spotkaniu

3. Imię i nazwisko dziecka

4. Data urodzenia dziecka

5. Osoba prowadząca

Magdalena Seifert / Karolina Zielińska

6. Przebieg ciąży: kolejność ciąży, ciąża pojedyncza / mnoga, przebieg i tryb życia

Część 2 z 5

7. Choroby, leki i używki w czasie ciąży

8. Przebieg porodu: tydzień ciąży, czas trwania, poród naturalny / cięcie cesarskie, trudności

9. Stan noworodka po porodzie: masa ciała, punkty Apgar, ewentualne komplikacje

10. Rozwój ruchowy: siadanie, raczkowanie, chodzenie i inne ważne informacje

Część 3 z 5

11. Rozwój mowy i komunikacji

12. Karmienie po porodzie i rozszerzanie diety

13. Preferencje i awersje żywieniowe

14. Zachowanie w pierwszych miesiącach życia

15. Alergie i nietolerancje

Część 4 z 5

16. Epilepsja, omdlenia lub inne epizody neurologiczne

17. Wady kręgosłupa, trudności ortopedyczne, napięcie mięśniowe

18. Choroba lokomocyjna

19. Przyjmowane leki

20. Infekcje uszu, wady wzroku lub słuchu

21. Urazy głowy, w tym utrata przytomności

22. Inne ważne informacje o zdrowiu i bezpieczeństwie

Część 5 z 5**23. Dotychczasowe badania i konsultacje: psychologiczne, neurologiczne, pedagogiczne lub inne**

24. Rozpoznanie i diagnozy

25. Terapie i inne formy wsparcia: rodzaj i częstotliwość

26. Funkcjonowanie w domu, przedszkolu lub szkole - najważniejsze obserwacje

27. Inne uwagi i pytania Rodzica

Data	Podpis Rodzica / opiekuna