

KWESTIONARIUSZ STANU ZDROWIA UCZESTNIKA PROJEKTU

Dane osobowe uczestnika:

1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. Adres zamieszkania:
4. Numer telefonu rodzica/ opiekuna prawnego:
5. E-mail rodzica/ opiekuna prawnego:

Dane o rodzinie:

6. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:
7. Relacja do dziecka:
8. Liczba osób w rodzinie:
9. Czy w rodzinie występują schorzenia genetyczne lub choroby przewlekłe?
 - o Tak
 - o NieJeśli tak, proszę podać:

Ogólny stan zdrowia dziecka:

10. Posiadane orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności:
 - o Tak
 - o NieJeśli tak, proszę podać numer orzeczenia:
11. Historia chorób i zabiegów medycznych:
 - a) Jakie choroby przeszedł/a? (np. alergie, infekcje):
 - b) Czy dziecko przebywało w szpitalu?
 - c) Czy dziecko miało takie badania jak: tomograf, eeg, badanie słuchu, rezonans?
Jeśli tak proszę wymienić:
 - d) Czy dziecko ma stwierdzoną padaczkę?
12. Czy dziecko przyjmuje jakieś leki?
 - o Tak
 - o NieJeśli tak, proszę wymienić:

Rozwój fizyczny:

13. Jakie umiejętności ruchowe posiada dziecko? (proszę zakreślić wszystkie, które mają zastosowanie):

Czy potrafi:

- o Siedzieć samodzielnie
- o Leżeć na brzuchu/plecach
- o Raczkować
- o Chodzić samodzielnie
- o Biegać
- o Skakać (np. w miejscu, z miejsca)
- o Wchodzić po schodach (jak? na których stopniach?)

- o Łapać i rzucać piłkę
- o Używać narzędzi, takich jak kredki lub sztućce
- o Kontrolować swoje ruchy w prostych zadaniach (np. pisanie, rysowanie)?
- o Wykonywać ćwiczenia oparte na zręczności (np. tańczyć, grać w gry

zespołowe)?

14. Czy występują trudności w zakresie ruchu? (np. trudności z koordynacją, równowagą, siłą fizyczną):

Problemy z koordynacją ruchów:

- o Tak
- o Nie

Problemy z równowagą (np. trudności w staniu na jednej nodze):

- o Tak
- o Nie

Problemy z siłą (np. podnoszenie przedmiotów, utrzymywanie ich):

- o Tak
- o Nie

Jeśli tak, proszę opisać:

Rozwój mowy i komunikacji:

15. Jakie umiejętności językowe posiada dziecko?

Czy potrafi:

- o Mówić pojedynczymi słowami (kiedy zaczęło?):
- o Tworzyć proste zdania:
- o Używać rozbudowanego słownictwa w rozmowach (jaki rodzaj?):
- o Opowiadać o wydarzeniach z własnego życia (jakich?):
- o Rozumieć polecenia i pytania (jakie?):
- o Wyrażać emocje i myśli w rozmowie?

16. Czy występują trudności w mowie lub komunikacji?

Seplenienie, jąkanie lub inne trudności w mówieniu:

- o Tak
- o Nie

Trudności w rozumieniu mowy innych:

- o Tak
- o Nie

Jeżeli tak, proszę opisać trudności:

Rozwój emocjonalny i społeczny:

17. Jak dziecko radzi sobie z emocjami?

Jak zazwyczaj reaguje na frustrację, zmiany lub stres? (np. płacz, krzyk, izolacja):

.....

Czy potrafi rozpoznawać emocje własne i innych:

- o Tak
- o Nie

Jak reaguje na pochwały lub krytykę? (np. motywuje się, zniechęca się):

.....

18. Jak dziecko funkcjonuje w relacjach społecznych?

Czy nawiązuje przyjaźnie i relacje z innymi dziećmi?

☐ Tak

☐ Nie

Czy potrafi współpracować w grupie (np. podczas zabaw i gier)?

☐ Tak

☐ Nie

Jak radzi sobie w sytuacjach grupowych? (np. często odgrywa rolę lidera, czy raczej unika zaangażowania?):

.....

Rozwój pedagogiczny:

19. Jakie umiejętności edukacyjne posiada dziecko?

Zaznacz umiejętności, które dziecko nabyło:

Rozpoznawanie liter i cyfr:

☐ Tak

☐ Nie

Czytanie prostych zdań:

☐ Tak

☐ Nie

Pisanie (np. imienia, prostych słów):

☐ Tak

☐ Nie

Liczenie (np. do 10, 20, 100):

☐ Tak

☐ Nie

Rozwiązywanie prostych zadań matematycznych:

☐ Tak

☐ Nie

Jak dziecko wyraża zainteresowanie nauką? (np. chęć zadawania pytań, udział w zajęciach):

.....

20. Czy występują trudności w nauce?

Jeśli tak, proszę opisać:

Jakie działania były podejmowane w celu wsparcia edukacyjnego (np. terapia pedagogiczna, korepetycje)?

.....

Funkcjonowanie w środowisku społecznym:

21. Jak dziecko funkcjonuje w różnych sytuacjach społecznych?

Czy bierze udział w zajęciach pozaszkolnych (np. sport, sztuka, grupy zainteresowań)?

☐ Tak

☐ Nie

Jak radzi sobie w nowych sytuacjach (np. nowe grupy, nowe miejsca, nowe zadania)?

.....

Jak dziecko funkcjonuje w relacjach z dorosłymi (np. nauczycielami, innymi opiekunami)?

.....

Potrzeby fizjologiczne

22. Jak dziecko radzi sobie z podstawowymi potrzebami fizjologicznymi?

Czy potrafi samodzielnie korzystać z toalety?

o Tak

o Nie

Czy dziecko ma regularny rytm snu (np. zasypia i budzi się o stałych porach)?

o Tak

o Nie

Czy występują trudności w jedzeniu (np. wybiórczość pokarmowa, problemy z gryzieniem lub przełykaniem)?

o Tak

o Nie

Jeśli tak, proszę opisać:

Reakcje na dźwięki i bodźce zewnętrzne

23. Jak dziecko reaguje na dźwięki i bodźce zewnętrzne?

Czy dziecko wydaje się wrażliwe na głośne dźwięki?

o Tak

o Nie

Czy potrafi ignorować dźwięki tła podczas wykonywania zadań (np. odrabianie lekcji, zabawa)?

o Tak

o Nie

Jakie dźwięki wywołują u dziecka pozytywne reakcje (np. muzyka, śmiech)?

.....

Jakie dźwięki wywołują negatywne reakcje? (np. krzyk, hałas):

.....

Motywacja i zachowanie:

24. Jak dziecko reaguje na pozytywne i negatywne bodźce?

Jak często odczuwa chęć do działania? (np. podejmuje próbę wykonywania nowych zadań):

o Nigdy

o Rzadko

o Czasami

o Często

o Zawsze

Jak reaguje na instrukcje, wymagania dotyczące wykonania zadań? (np. ciężko, łatwo, ze zrozumieniem?):

.....



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Dodatkowe informacje:

25. Czy są jakieś szczególne informacje, które mogą być użyteczne dla terapeuty?

.....

26. Czy są inne aspekty zdrowotne, z którymi terapeuta powinien się zapoznać?

.....

27. Czy w rodzinie były przypadki problemów neurologicznych lub
psychologicznych?

o Tak

o Nie

Jeśli tak, proszę opisać:

Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego:

Data: