

# WYWIAD NA POTRZEBY ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(imię, nazwisko, oraz rodzaj pokrewieństwa osoby uzupełniającej wywiad)

RODZINA				
<b>Imię i nazwisko dziecka</b>				
	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Wiek</b>	<b>Wykształcenie / Szkoła - klasa</b>	<b>Wykonywany zawód</b>
<b>Dane matki/opiekuna prawnego</b>				
<b>Dane ojca/opiekuna prawnego</b>				
<b>Rodzeństwo dziecka</b>				
	<b>Proszę o wypisanie wszystkich innych osób, mieszkających z dzieckiem</b>			
<b>Domownicy</b>	..... ..... .....			

**SPECJALISTYCZNE BADANIA**

<b>Konsultacja</b>	<b>Czy dziecko było kiedykolwiek konsultowane NIE/TAK</b>	<b>W którym miesiącu/ roku</b>	<b>Z jakiego powodu</b>	<b>Wyniki konsultacji</b>	<b>Zalecenia lekarza</b>
<b>Okulistyczna</b>					
<b>Laryngologiczna</b>					
<b>Neurologiczna</b>					
<b>Alergologiczna</b>					
<b>Endokrynologiczna</b>					
<b>Psychiatryczna</b>					
<b>Kardiologiczna</b>					
<b>Rehabilitacja</b>					
<b>Inne</b> .....					
<b>Inne</b> .....					

<b>EDUKACJA</b>					
	<b>Nazwa ośrodka</b>	<b>Adres ośrodka</b>	<b>Grupa/klasa w której jest dziecko</b>	<b>Od którego roku życia dziecko uczęszcza do placówki</b>	<b>Inne ważne dane na temat ośrodka</b>
<b>Żłobek/ Klub Malucha</b>					
<b>Przedszkole</b>					
<b>Szkoła</b>					
<b>Szkoła aktualna (jeśli dziecko zmieniało placówkę)</b>					

<b>DIAGNOZA</b>	<b>Kiedy/gdzie</b>	<b>Wyniki diagnozy</b>
<b>Psychologiczna</b>		
<b>Pedagogiczna</b>		
<b>logopedyczna</b>		
<b>Integracji Sensorycznej</b>		

## CZY DZIECKO MIAŁO ZALECONE KTÓREŚ Z PONIŻSZYCH ODDZIAŁYWAŃ

(Jeśli posiadają Państwo dokumentację papierową niżej wymienione oddziaływania, prosimy o załączenie jej do składanego wniosku)

	Kiedy/gdzie/okres czasowy	W jakim wymiarze
Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne		
Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze		
Terapia logopedyczna		
Terapia Integracji Sensorycznej		
Terapia EEG-Biofeedback		
Rehabilitacja		
Terapia ręki		
Psychoterapia (indywidualna, grupowa, rodzinna)		
Inne .....		

### STAN ZDROWIA

• **Jak wada wzroku wpływa na codzienne funkcjonowanie dziecka** (utrudnienia, ograniczenia)

- W domu: .....
- .....
- W placówce (żłobek/przedszkole/szkoła): .....
- .....
- .....

• **Czy dziecko nosi okulary lub soczewki? – od kiedy, jakiej mocy itp.:**

.....

- **Przewidywane operacje, zabiegi, ćwiczenia ortoptyczne, zasłanianie oka itp.:**

.....

.....

.....

- **Obecna waga:** ..... **wzrost:** .....

- Czy dziecko ma/miało nadwagę NIE / TAK (od kiedy) .....
- Czy dziecko ma/miało niedowagę NIE / TAK (od kiedy) .....

- **Czy u dziecka zdiagnozowano zespół genetyczny, chorobę przewlekłą:** (kiedy, jaką)

.....

.....

- **Przebyte choroby:** (jakie, rok) .....

.....

.....

.....

- **Czy u dziecka występują jakieś inne dolegliwości:** .....

.....

.....

.....

- **Urazy, złamania, skręcenia, oparzenia:** (jakie, rok) .....

.....

.....

.....

- **Czy dziecko jest alergikiem:** NIE / TAK .....

(na co dziecko jest uczulone)

- było / jest / będzie odczulane .....  
(kiedy)
- czy zażywa leki na alergię: .....  
(jakie)

- **Czy u dziecka występują jakieś inne dolegliwości:** .....
- .....
- .....
- .....

- **Przyjmowane leki:** (w przeszłości i obecnie)

NAZWA LEKU	DAWKOWANIE	POWÓD ZARZYWANIA, KTO ZALECIŁ	OD KIEDY DO KIEDY BYŁO/JEST ZAŻYWANE

- **Sen**
  - O której godzinie dziecko idzie spać/zasypia: .....
  - Czy dziecko **sypia** samo: TAK / NIE (z kim śpi, jak często tak jest, dlaczego) .....
  - .....
  - Czy dziecko **zasypia** samo: TAK / NIE (z kim zasypia, jak często tak jest) .....
  - .....
  - Czy są **trudności** ze snem/z zasypianiem: .....
  - Czy dziecko **budzi się w nocy**: (jak często, z jakiego powodu – czy ma lęki, ma koszmary, moczy się w nocy) .....
  - .....
  - .....
  - O której godzinie dziecko wstaje rano: .....
  - Czy dziecku trudno jest się rano „dobudzić”: NIE / TAK (jak to wygląda) .....
  - .....
  - .....
  - .....

## FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE I EMOCJONALNE

- **W jakim wieku dziecko poszło do 1 klasy:** 6 lat / 7 lat / 8 lat / 9 lat → odroczonego obowiązku szkolny
  - Z jakiego powodu było odroczenie obowiązku szkolnego: .....
  - Dziecko poszło do 1 klasy ze swoją grupą z zerówki: TAK / NIE
- **Czy dziecko na etapie szkolnym powtarzało klasę:** NIE / TAK
  - Którą klasę: ..... w jakim roku szkolnym: .....
- **Czy dziecko na etapie szkolnym otrzymało warunkową promocję:** NIE / TAK:
  - W której klasie ..... w jakim roku szkolnym: .....
- **Czas wolny**
  - Czy dziecko samo potrafi zorganizować sobie czas wolny: TAK / NIE
  - W czasie wolnym dziecko najchętniej zajmuje się:  
zabawkami, rysowaniem, malowaniem, lepieniem z plasteliny, modeliny, zabawą w ciastolinie, bieganiem, kręceniem przedmiotami, tańcem, budowaniem z klocków, oglądaniem TV, składanie modeli, graniem na komórce/tablecie/komputerze/x-boxa/PlayStation, oglądaniem książek, czasopism, czytaniem książek, czasopism, słuchaniem czytanych bajek, pomaganiem w codziennych czynnościach, majsterkowanie  
inne.....  
.....
- **Zainteresowania dziecka:** .....
- **Proszę podać trzy dominujące cechy charakteru dziecka:** .....
- **Proszę podać mocne strony dziecka:** (z czym dziecko sobie dobrze radzi, co dziecku przychodzi z łatwością, czego się szybko uczy)  
.....  
.....
- **Proszę opisać jak dziecko reaguje w następujących sytuacjach:**
  - Sukcesów: (np. opanowanie jazdy na rowerze, wygrany konkurs, ułożenie puzzli itp.)  
.....
  - Niepowodzeń: (np. przegrana) .....
  - Inne sytuacje trudne/nowe: .....
- **Jakie relacje ma dziecko z innymi dziećmi:** .....

- **Czy dziecko posiada obowiązki w domu:** .....
- **Czy dziecko jest samodzielne i w jakim zakresie:**
  - Higiena osobista: .....
  - Ubieranie/rozbieranie: .....
  - Jedzenie: .....
- **Inne informacje i sugestie, które chcielibyście Państwo przekazać:**

.....

.....

.....

**Do wypełnienia w przypadku dzieci od 3r.ż. do końca etapu przedszkolnego**

**CIAŻA I JEJ PRZEBIEG**

- **Która to ciąża z kolei:** .....
- **Stan zdrowia matki w czasie ciąży:** (zatrucia, urazy, infekcje, narkozy, przyjmowane leki, środki znieczulające, stres, konflikt serologiczny)  
.....  
.....  
.....
- **Samopoczucie matki w czasie ciąży:** .....
- **Termin porodu:** przedwczesny (ile) ..... / o czasie / po terminie (ile) .....
- **Poród:** siłami natury / kleszczowy / cesarskie cięcie (z jakiego powodu) / inne nieprawidłowości  
.....  
.....  
.....
- **Czy dziecko było w inkubatorze:** NIE / TAK .....  
(z jakiego powodu)
- **Depresja poporodowa:** NIE / TAK
- **Waga urodzeniowa:** ..... **wzrost:** .....



- **Ocena w skali Apgar:** 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**Za co mniejsza ilość punktów:** czynność serca / oddech / napięcie mięśni / odruchy / zabarwienie skóry

### OKRES NIEMOWLĘCY

- **Czy matka karmiła piersią:** TAK ..... / NIE .....  
 (jak długo) (z jakiego powodu)
  - Od kiedy był pokarm sztuczny: .....
  - Kiedy dziecko zostało odstawione od piersi: .....
- **Czy dziecko dobrze jadło:** TAK / NIE .....
- **Czy dziecko prawidłowo spało:** TAK / NIE .....
- **Czy dziecko spało samo:** TAK / NIE
  - Z kim spało i dlaczego: .....
  - Czy sen był: TWARDY / SPOKOJNY / DZIECKO BUDZI SIĘ Z PŁACZEM / DZIECKO DRŻY W NOCY
- **Czy występowały kolki:** NIE / TAK → .....  
 (jak długo, kiedy)
- **Czy dziecko:** miało smoczek ..... / ssało palec .....  
 (jak długo) (jak długo)

KIEDY DZIECKO ZACZĘŁO	
Gruchać / głużyć	
Odwracać się w kierunku ludzkiego głosu	
Gaworzyć	
Mówić: <i>tata, mama</i>	
Rozumieć „nie”	
Mówić niezrozumiale z intonacją	
Pokazywać części ciała	
Mówić zrozumiale (niektóre słowa)	
Mówić pierwsze wyrazy/zdania	

<b>KIEDY DZIECKO ZACZĘŁO</b>	
<b>Siadać</b>	
<b>Raczkować</b>	
<b>Wstawać/stać samo</b>	
<b>Chodzić samodzielnie</b>	
<b>Chodzić po schodach</b>	
<b>Skakać obunóż</b>	
<b>Jeździć na rowerze trzykołowym/dwukołowym</b>	

### TRENING CZYSTOŚCI I SAMODZIELNOŚCI

<b>ZACHOWANIE DZIECKA</b>	<b>W JAKIM STOPNIU DZIECKO OPANOWAŁO UMIEJĘTNOŚĆ</b>	<b>W jakim wieku DZIECKO ZDOBYŁO UMIEJĘTNOŚĆ ORAZ W JAKIM CZASIE</b> (wolno – średnio – szybko – bardzo szybko)	<b>INNE WAŻNE INFORMACJE ZWIĄZANE Z UMIEJĘTNOŚCIĄ</b>  (np. chowanie się podczas chęci wypróżniania)
<b>WYPRÓŻNIANIE SIĘ</b>			
<b>Regularne wypróżnianie się (siku, kupa)</b>			
<b>Wypróżnianie się do pampersa</b>			
<b>Informowanie otoczenia o chęci wypróżnienia się</b>			
<b>Korzystanie z nocnika</b>			
<b>Korzystanie z toalety</b>			
<b>Moczenie nocne</b> (u dzieci już z odstawioną pieluchą)			
<b>HIGIENA OSOBISTA</b>			
<b>Mycie rąk</b>			
<b>Mycie zębów</b>			
<b>Kąpiel całego ciała</b>			
<b>Mycie włosów</b>			

ZACHOWANIE DZIECKA	W JAKIM STOPNIU DZIECKO OPANOWAŁO UMIEJĘTNOŚĆ	W jakim wieku DZIECKO ZDOBYŁO UMIEJĘTNOŚĆ ORAZ W JAKIM CZASIE  (wolno – średnio – szybko – bardzo szybko)	INNE WAŻNE INFORMACJE ZWIĄZANE Z UMIEJĘTNOŚCIĄ  (np. chowanie się podczas chęci wypróżnienia)
<b>JEDZENIE</b>			
Karmienie dziecka łyżeczką			
Dziecko samodzielnie chwytą i je łyżeczką			
Dziecko je samodzielnie podany posiłek (nie zmiksowany) – umie gryźć, korzystać ze sztućców			

### FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE I EMOCJONALNE

• **Czy dziecko chodziło do żłobka:** TAK / NIE

- Gdzie: .....
- Jak długo/jak się zaadaptowało: .....
- Kto opiekował się dzieckiem: .....

• **Czy dziecko chodziło do przedszkola:** TAK / NIE

- Gdzie: .....
- W jakim wieku dziecko poszło do przedszkola/ jak przebiegała adaptacja: .....
- Czy były zmiany wychowawcy: NIE / TAK  
.....  
(jak dziecko zareagowało)

• **Inne informacje i sugestie, które chcielibyście Państwo przekazać:**

.....

.....

.....