



**FAMILIJNA PORADNIA
PSYCHOLOGICZNO
PEDAGOGICZNA**

Familijna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna,
ul. Roosevelta 8-10, 50-236 Wrocław
tel. 570007103; e-mail: poradnia@fundacjaedukacja.pl; www.ppp.wroclaw.pl

**KWESTIONARIUSZ WYWIADU Z RODZICAMI/PRAWNYMI OPIEKUNAMI
o sytuacji dziecka w wieku przedszkolnym
na potrzeby Familijnej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej**

Imię i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
Grupa przedszkolna	
Nazwa i adres przedszkola	
Imię i nazwisko rodzica/rodziców Opiekunów prawnych	
Data wypełnienia	

1. Jaki jest bezpośredni powód zgłoszenia się z dzieckiem na badanie? Prosimy o opisanie najważniejszych objawów / problemów dziecka: kiedy się zaczęły, jak zmieniały się w czasie, jak często występują? Co ma negatywny, a co pozytywny wpływ na funkcjonowanie dziecka? Prosimy o opisanie konkretnych zachowań dziecka.

2. Jakie są Państwa oczekiwania po tym spotkaniu (spotkaniach)?

3 .Przebieg ciąży.

Czy ciąża przebiegała prawidłowo	
Narażenie na używki (alkohol, nikotyna), substancje psychoaktywne – jakie	
Przyjmowane leki podczas ciąży – jakie	

4 . Poród.

Czy poród wystąpił o czasie	
Rodzaj porodu	
Czy przebieg porodu był prawidłowy	
Czy stan dziecka po porodzie był prawidłowy	
Punkty Apgar	
Czy okres adaptacji i okres noworodkowy przebiegł prawidłowo	
Dodatkowe uwagi	

5. Problemy rozwoju dziecka oraz szczególne potrzeby wskazane przez rodziców/ opiekunów.

A. W motoryce dużej **TAK/NIE**

Jeśli **TAK**, to jakie?

--

--

Czy dziecko jeździ na rowerze/ hulajnodze?	NIE	TAK
Czy dziecko lubi bawić się na placu zabaw i korzystać z sprzętów takich jak: zjeżdżalnia, huśtawka, karuzela itp.?	NIE	TAK
Czy dziecko samodzielnie wchodzi i schodzi po schodach? Czy robi to krokiem dostawnym czy naprzemiennym?	NIE	TAK

B. W motoryce precyzyjnej: **TAK/NIE**

Jeśli **TAK**, to jakie?

--

Czy dziecko układa puzzle? Jeżeli tak to ilu elementowe?	NIE	TAK
Czy dziecko potrafi korzystać z nożyczek?	NIE	TAK
Czy dziecko lubi wykonywać prace plastyczne?	NIE	TAK

C. W komunikowaniu się i mowie W motoryce precyzyjnej: **TAK/NIE**

Jeśli **TAK**, to jakie?

Czy dziecko składa zdania proste?	NIE	TAK
Czy mowa dziecka jest zrozumiała dla otoczenia?	NIE	TAK
Czy dziecko ma wskazania do pracy z logopedą?	NIE	TAK

D. W emocjach i zachowaniu oraz kontaktach społecznych **TAK/NIE**

Jeśli **TAK**, to jakie?

Czy dziecko składa zdania proste?	NIE	TAK
Czy dziecko uczestniczy w zabawach tematycznych?	NIE	TAK
Czy dziecko potrafi bawić się samo?	NIE	TAK
Czy dziecko nazywa własne emocje? Czy dziecko nazywa emocje innych osób?	NIE	TAK
Czy dziecko chętnie i bez większych konwiktów współdziała z innymi dziećmi w zabawach grupowych, organizowanych przez osobę dorosłą?	NIE	TAK
Czy u dziecka występuje jakieś zachowanie niepożądane/ społecznie nieakceptowane?	NIE	TAK
Czy dziecko uczestniczy w drobnych pracach porządkowych? Pomaga w domu np. nakryć do stołu? Czy dziecko sprząta po sobie zabawki?	NIE	TAK
Czy dziecko nawiązuje kontakt wzrokowy? Reaguje na własne imię? Lubi się przytulać do bliskich mu osób?	NIE	TAK

6. Rozwój funkcji behawioralnych

Czy dziecko zjada samo posiłek? Posługuje się sztućcami? brudzi się podczas posiłku? Bez większych trudności akceptuje nowe smaki/ potrawy/ produkty?	
Czy dziecko sygnalizuje swoje potrzeby fizjologiczne? Korzysta samodzielnie z toalety? Moczy się w nocy?	
Czy dziecko wykonuje podstawowe czynności higieniczne?	
Czy dziecko ubiera się i rozbiera samodzielnie? Odróżnia tył od przodu? Prawy but od lewego? Radzi sobie z zapinaniem guzików i zasuwaniami zamka błyskawicznego?	
Zasypia samodzielnie? Przesypia całą noc?	

7. Czy dziecko korzysta lub korzystało z pomocy specjalistów? **TAK/NIE**

Jeśli **TAK**, to jakich?

- Psycholog
- Pedagog
- Logopeda
- Terapeuta integracji sensorycznej
- Fizjoterapeuta
- Lekarz specjalista:
 - Neurolog dziecięcy
 - Psychiatry dziecięcy
 - Okulista
 - Laryngolog
 - Ortopeda
 - Neurochirurg
 - Inny (jaki?)

Z jakiego powodu?	
Jaki rodzaj i przebieg terapii?	
W jakim wieku? Jaki okres czasu?	

8. Sytuacja rodzinna i opiekuńcza – wychowawcza

Struktura rodziny (pełna/ niepełna, ojczym, macocha – proszę wymienić wszystkich członków):	
Rodzeństwo (starsze/ młodsze, wiek, jaka relacja):	
Sytuacja wychowawcza:	

Sposób podejścia wychowawczego – system kar, nagród?	
Czy dziecko korzysta z telefonu, tabletu, ogląda bajki na telewizorze? Ile razy? Ile godzin?	
Jak państwo spędzają wolny czas?	
Trudności rodziny?	
Mocne strony rodziny?	
Czy występowały choroby i niepełnosprawności występujące w rodzinie dziecka?	

Czy występują/ występowały zdarzenia traumatyczne, urazy psychiczne, sytuacje trudne dotyczące dziecka i rodziny?	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

9. Stan zdrowia dziecka

Czy kiedykolwiek dziecko przyjmowało leki zapisywane przez neurologa lub psychiatrę?	NIE	TAK prosimy o dokładne podanie danych (nazwa leku, okres podania, powód leczenia, efekt leczenia).
Czy dziecko na stałe przyjmuje jakieś leki?	NIE	TAK
Czy dziecko leżało na oddziale psychiatrycznym?	NIE	TAK prosimy o dołączenie kopii kart wypisowych lub opisów wyników.
Czy dziecko leżało na oddziale neurologicznym?	NIE	TAK prosimy o dołączenie kopii kart wypisowych lub opisów wyników.
Czy kiedykolwiek wykonywano badanie EEG?	NIE	TAK prosimy o dołączenie kopii kart wypisowych lub opisów wyników.
Czy kiedykolwiek wykonano badanie tomografii komputerowej lub rezonansu głowy?	NIE	TAK prosimy o dołączenie kopii kart wypisowych lub opisów wyników.

10. Inne, ważne informacje:

11. Opiekę stałą sprawują:

12. Dziecko często przebywa pod opieką innych osób:

.....

Data

.....

podpis Rodziców/Prawnych Opiekunów