

## Kwestionariusz dla Rodzica/Opiekuna Prawnego przed pierwszą wizytą u Logopedy (wersja PDF)

*Drogi Rodzicu/Opiekunie Prawny Dziecka,*

*Uprzejmie prosimy o uzupełnienie kwestionariusza i udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Pozwoli nam to efektywniej przeprowadzić pierwsze spotkanie, postawić trafną diagnozę oraz skutecznie zaplanować terapię. Bardzo prosimy o uzupełnienie kwestionariusza najpóźniej 24 h przed zaplanowaną wizytą.*

***Prosimy o wysłanie skanu lub zdjęcia uzupełnionego kwestionariusza na mail: kontakt@centrumalt.pl z tytułem wiadomości: „Kwestionariusz – Logopeda”.***  
*Uzupełnienie kwestionariusza zajmuje maksymalnie 15 minut.*

*Serdecznie pozdrawiamy  
Centrum Psychologiczne ALT*

Zabrania się kopiowania, rozpowszechniania, powielania oraz wykorzystywania treści, formularzy i materiałów w całości lub w części, w jakiegokolwiek formie i w jakimkolwiek celu, bez uprzedniej pisemnej zgody Centrum Psychologiczne ALT.

### **1.1 Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (RODO) \***

Potwierdzam, że zapoznałem(-am) się z dokumentem dotyczącym przetwarzania danych osobowych (RODO) – Klauzula informacyjna (aktualna wersja) znajdującym się pod linkiem: [www.centrumalt.pl/dokumenty](http://www.centrumalt.pl/dokumenty). Bezpośredni link: [www.centrumalt.pl/dokumenty](http://www.centrumalt.pl/dokumenty)

Nie potwierdzam, że zapoznałem(-am) się z dokumentem dotyczącym przetwarzania danych osobowych (RODO) – Klauzula informacyjna (aktualna wersja) znajdującym się pod linkiem: [www.centrumalt.pl/dokumenty](http://www.centrumalt.pl/dokumenty). Bezpośredni link: [www.centrumalt.pl/dokumenty](http://www.centrumalt.pl/dokumenty)

### **1.2 E-mail Rodzica / Opiekuna Prawnego\***

.....

### **1.3 Imię i nazwisko Dziecka\***

.....

### **1.4 Wiek Dziecka (w przypadku Dzieci poniżej 3 r.ż. prosimy o podanie dokładnego wieku w miesiącach.)\***

.....

## 2. PYTANIA WSTĘPNE

2.1 Prosimy określić problem, z którym zgłasza się Pani / Pan na konsultację logopedyczną.

.....

2.2 Jakie ma Pani / Pan oczekiwania związane z diagnozą i terapią logopedyczną?

.....

## 3. PRZEBIEG CIĄŻY

3.1 Czy w trakcie ciąży mama Dziecka przechodziła infekcje lub poważniejsze choroby?

TAK / NIE

3.2 Czy w trakcie ciąży mama Dziecka przyjmowała leki (np. antybiotyki, leki rozkurczowe, leki na podtrzymanie ciąży)?

TAK / NIE

Jeśli TAK - jakie?

.....

3.3 Czy w trakcie ciąży mama Dziecka musiała leżeć przez dłuższy czas?

TAK / NIE

3.4 Czy w trakcie ciąży mama Dziecka była narażona na długotrwały, silny stres?

TAK / NIE

## 4. PORÓD

4.1 Czy ciąża została rozwiązana w terminie (tzn. między 38, a 42. tc.)?

TAK / NIE

4.2 Czy poród był wywoływany (np. przez podanie oksytocyny)?

TAK / NIE

4.3 Jak urodziło się Dziecko? Przez cięcie cesarskie (CC) czy siłami natury (SN)?

TAK / NIE

4.4 Czy podczas porodu doszło do komplikacji (np. owinięcia Dziecka pępowiną, urodzenia „z rączką” lub innych)?

TAK / NIE

**4.5 Czy z uwagi na żółtaczkę fizjologiczną Dziecko było poddawane naświetlaniom?**

TAK / NIE

**4.6 Ile punktów w skali Apgar Dziecko otrzymało po urodzeniu?**

.....

**4.7 Czy badania przeziębieniowe, słuchu i bioderek wykazały jakieś nieprawidłowości?**

TAK / NIE

## **5. KARMIENIE I ROZSZERZANIE DIETY**

**5.1 Czy Dziecko było karmione piersią?**

TAK / NIE

Jeśli TAK – do kiedy?

.....

**5.2 Czy Dziecko było karmione butelką?**

TAK / NIE

Jeśli TAK – od kiedy, do kiedy?

.....

**5.3 Czy podczas rozszerzania diety, po 6. miesiącu życia, wystąpiły jakieś trudności?**

TAK / NIE

Jeśli TAK – jakie?

.....

**5.4 Czy zauważa Pani / Pan u Dziecka wybiórczość pokarmową (niechęć do produktów np. o określonej fakturze, smaku, barwie itp.)?**

TAK / NIE

Jeśli TAK – jakich produktów dotyczy wybiórczość?

.....

**5.5 Czy u Dziecka występują nietolerancje pokarmowe lub alergię?**

TAK / NIE

Jeśli TAK – jakie?

.....

**5.6 Czy Dziecko pije z otwartego kubka?**

TAK / NIE

**5.7 Czy Dziecko je twarde pokarmy?**

TAK / NIE

**6. ROZWÓJ DUŻEJ MOTORYKI**

**6.1 Czy Dziecko zaczęło samodzielnie siadać między 6. a 9. miesiącem życia?**

TAK / NIE

**6.2 Czy Dziecko raczkowało?**

TAK / NIE

**6.3 Czy Dziecko zaczęło chodzić między 12. a 15. miesiącem życia?**

TAK / NIE

**7. ROZWÓJ MOWY**

**7.1 Czy Dziecko głużyło (wydawało samoistnie dźwięki) między 2. a 5. miesiącem życia?**

TAK / NIE

**7.2 Czy Dziecko gaworzyło (powtarzało sylaby) między 6. a 9. miesiącem życia?**

TAK / NIE

**7.3 Czy Dziecko mówiło pierwsze słowa między 12. a 15. miesiącem życia?**

TAK / NIE

**7.3.a Jakie były pierwsze świadomie wypowiedane słowa?**

.....

**7.4 Czy do 24. miesiąca życia Dziecko mówiło pierwsze zdania proste (podmiot + orzeczenie, np. mama am, auto brum)?**

TAK / NIE

**7.5 Czy Dziecko posługiwało się zdaniami między 2. a 3. rokiem życia?**

TAK / NIE

**7.6 Czy na jakimś etapie zaobserwował(a) Pani / Pan u Dziecka zatrzymanie rozwoju mowy?**

TAK / NIE

Jeśli TAK – czy było to związane z jakąś sytuacją, infekcją, urazem itp.?

.....

## **8. PARAFUNKCJE**

**8.1 Czy Dziecko ssalo / ssie smoczek?**

TAK / NIE

Jeśli TAK:

Do kiedy?

.....

Jak długo w ciągu doby?

.....

Jaki był to typ smoczka (anatomiczny, symetryczny, inny)?

.....

**8.2 Czy Dziecko ssalo / ssie palec?**

TAK / NIE

**8.3 Czy Dziecko oddycha torem ustnym i często ma otwartą buzię?**

TAK / NIE

**8.4 Czy Dziecko chrapie?**

TAK / NIE

**8.5 Czy obserwuje Pani / Pan u Dziecka nadmierne ślinienie?**

TAK / NIE

**8.6 Czy Dziecko gryzie przedmioty (np. ołówki, długopisy, zabawki, ubrania itp.)? Czy obgryza paznokcie?**

TAK / NIE

**8.7 Czy obserwuje Pani / Pan u Dziecka zgrzytanie zębami lub zaciskanie zębów?**

TAK / NIE

## **9. OGÓLNY STAN ZDROWIA, OPIEKA INNYCH SPECJALISTÓW**

**9.1 Czy Dziecko znajduje się pod opieką specjalistów (np. laryngologa, ortodonta, stomatologa, fizjoterapeuty, psychologa, neurologa i in.)?**

TAK / NIE

Jeśli TAK:

Jakich?

.....

Z jakiego powodu?

.....

**9.2 Czy Dziecko było diagnozowane w poradni psychologiczno-pedagogicznej?**

TAK / NIE

Jeśli TAK – czy posiada opinię / orzeczenie?

.....

**9.2.a Co stwierdzono w wyniku konsultacji w poradni?**

.....

**9.3 Czy Dziecko doznało kiedyś poważniejszego urazu (np. mechanicznego, akustycznego, psychicznego)?**

TAK / NIE

Jeśli TAK – jakiego?

.....

**9.4 Czy Dziecko przechodziło zabieg przecięcia wędzidelka języka lub wargi górnej?**

TAK / NIE

Jeśli TAK – kiedy?

.....

**9.5 Czy Dziecko przechodziło zabieg usunięcia migdałków?**

TAK / NIE

Jeśli TAK – kiedy?

.....

**9.6 Czy Dziecko miało wykonywany drenaż uszu?**

TAK / NIE

Jeśli TAK – kiedy?

.....

**9.7 Czy Dziecko miało wykonywany jakikolwiek inny zabieg lub operację?**

TAK / NIE

Jeśli TAK – jaki i kiedy?

.....

**9.8 Czy Dziecko zмага się z problemami zdrowotnymi?**

TAK / NIE

Jeśli TAK – z jakimi?

.....

**10. INNE**

**10.1 Czy Dziecko korzysta z ekranów (telefonu, telewizora, komputera i in.)?**

TAK / NIE

Jeśli TAK:

Ile godzin w ciągu dnia?

.....

Jak często?

.....

Co ogląda

.....

**10.2 W jaki sposób najchętniej Dziecko spędza czas z Panią / Panem, drugim Rodzicem / Opiekunem Prawnym?**

.....

**10.3 Czy są kwestie dotyczące rozwoju Dziecka, które budzą Pani / Pana niepokój?**

.....

*Bardzo dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza!*

*Jeśli posiada Pani / Pan dokumentację medyczną Dziecka (np. wyniki badań słuchu, konsultacji u innych specjalistów), chętnie zapoznamy się z nimi podczas pierwszej wizyty diagnostycznej.*

*Do zobaczenia w gabinecie!*

*Centrum Psychologiczne ALT*