



## KWESTIONARIUSZ DIAGNOSTYCZNY

<b>Data:</b>	
<b>Imię i nazwisko dziecka:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Adres zamieszkania:</b>	
<b>Adres e-mail rodziców:</b>	
<b>Telefon do rodziców:</b>	

### Wywiad okołoporodowy

**Nie Tak**

	Nie	Tak
1. Czy miały miejsce komplikacje przed narodzinami dziecka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>(jakie? np. infekcje wirusowe, używki)</i>
2. Czy miały miejsce komplikacje w czasie porodu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>(jakie? np. wcześniactwo, niedotlenienie)</i>
3. Czy miały miejsce komplikacje po porodzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>(jakie? np. wysoki poziom bilirubiny, wylewy do o.u.n)</i>

### Rozwój psychoruchowy

**Nie Tak**

	Nie	Tak
4. Czy w pierwszym r.ż dziecko miało wysoką gorączkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy w 1 r.ż dziecko wymagało specjalistycznej rehabilitacji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy dziecko o czasie osiągnęło kamienie milowe w rozwoju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>(tzn. siadanie ok. 6 m. ż., chodzenie ok. 12 m. ż.)</i>
7. Czy w 1 r. życia dziecko mówiło pojedyncze słowa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy w 2 r. życia dziecko mówiło proste, trzywyrazowe zdania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Wywiad chorobowy

Nie Tak

1. Czy dziecko miało już badany słuch? Kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy dziecko chorowało na uszy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (ile razy?)
3. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy dziecko chorowało?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (na zapalenie uszu? anginę? infekcję wirusową?)
4. Czy dziecko ma zdiagnozowaną alergię?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (jaką?)
5. Czy dziecko ma często przewlekły katar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Ile razy w roku?)
6. Czy dziecko często choruje na przeziębienia lub anginy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (tzn. więcej niż 3 razy w roku)
7. Czy dziecko ma objawy powiększenia migdałka gardłowego (III migdał)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (np. chrapie, ma bezdechy w nocy)
8. Czy dziecku zdarza się słyszeć dźwięki w uchu/uszach gdy w pomieszczeniu jest cicho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (szumy, piski, brzęczenie, dzwonienie)
9. Czy dziecko jest nadwrażliwe na głośne dźwięki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (na jakie dźwięki?)
10. Czy ktoś w rodzinie ma niedosłuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (kto?)
11. Czy dziecko przebyło operacje uszu, gardła lub inne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (jakie?)
12. Czy dziecko miało jakieś inne operacje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (jakie?)
13. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (jakie?)
14. Czy dziecko uległo jakiemuś wypadkowi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (jakiemu?)
15. Czy dziecko przyjmuje na stałe leki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (jakie?)
16. Czy dziecko chorowało na choroby zakaźne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (jakie?)

**Informacje dotyczące rozwoju dziecka    Nie    Tak**

1. Czy dziecko uczęszczało na terapię logopedyczną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>(jak długo?)</i>
2. Na jakie inne terapie uczęszcza/ło dziecko?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy występują zaburzenia w sferze emocjonalnej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>(np. rozdrażnienie, pobudzenie, impulsywność itp)</i>
4. Czy w rodzinie istniały przypadki trudności w uczeniu się?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy rozwój intelektualny dziecka jest w normie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy dziecko ma trudności w uczeniu się?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>(z nauką czytania?, z pisaniem?)</i>
7. Czy dziecko ma diagnozę dysleksji lub ryzyka dysleksji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>(lub inne np. ADHD? SLI? zespołu Aspergera? autyzmu?)</i>
8. Z jakimi przedmiotami w szkole dziecko ma największe trudności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Które przedmioty dziecko najbardziej lubi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czy dziecko ma/miało trudności z uczeniem się na pamięć?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Inne uwagi**

**Objawy obserwowane u dziecka****nigdy   rzadko   czasem   często   zawsze**

1. Czy dziecko ma trudności z rozumieniem mowy w hałasie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy dziecko ma trudności z rozpoznaniem skąd pochodzi dźwięk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy dziecko ma trudności ze zrozumieniem, gdy ktoś szybko mówi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy dziecko ma trudności z rozumieniem poleceń lub dłuższych wypowiedzi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy dziecko ma problemy z uczeniem się ze słuchu lub poprawnym pisaniem ze słuchu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy dziecko ma trudności z nauką języka obcego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy dziecko odczuwa dyskomfort słysząc głośne dźwięki lub hałas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy dziecko nie potrafi dłużej utrzymać uwagę na zadaniu/poleceniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy dziecko ma trudności z koncentracją uwagi (łatwo się rozprasza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czy dziecko ma problemy z odczytaniem treści emocjonalnej zawartej w wypowiedzi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Czy dziecko jest niezdarne ruchowo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Podpis i pieczęć providera

**APD Medical Sp. z o.o**

ul. Nałęczowska 60 lok.16, 02-922

e-mail: [biuro@apd-medical.pl](mailto:biuro@apd-medical.pl)

tel: 782 313 370