

## 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**

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

### Rozwój psychoruchowy

**Nie Tak**

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

## Wywiad chorobowy

## Nie Tak

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

**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 Warszawa

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

tel: 782 313 370