



Kwestionariusz informacji o dziecku

Imię i nazwisko dziecka:

Osoba udzielająca informacji:

Czy dziecko było pod opieką innej Poradni?

☐

Nie

☐

Tak, nazwa poradni:

w latach:

Dane dziecka

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji jeśli inny niż zamieszkania

Przedszkole/żłobek/grupa

Wychowawca

Zmiana żłobka/przedszkola/oddziału:

☐

Nie

☐

Tak, z jakiego powodu:

Odroczenie obowiązku szkolnego:

☐

Nie

☐

Tak, z jakiego powodu:

Czy u dziecka występuje odmowa chodzenia do przedszkola?

☐

Nie

☐

Tak, z jakiego powodu:

Rodzice/prawni opiekunowie

Matka

Imię:

Nazwisko:

Zawód:

Wiek:

Adres:

Telefon:

Ojciec

Imię:

Nazwisko:

Zawód:

Wiek:

Adres:

Telefon:

Czy rodzina pozostaje pod opieką kuratora sądowego?

☐ Nie ☐ Tak, z jakiego powodu:

Rodzeństwo

1. Imię i nazwisko:	Wiek:	Klasa:	Szkoła:
---------------------	-------	--------	---------

Czy było badane w PPP? ☐ Nie ☐ Tak, z jakiego powodu:

2. Imię i nazwisko:	Wiek:	Klasa:	Szkoła:
---------------------	-------	--------	---------

Czy było badane w PPP? ☐ Nie ☐ Tak, z jakiego powodu:

3. Imię i nazwisko:	Wiek:	Klasa:	Szkoła:
---------------------	-------	--------	---------

Czy było badane w PPP? ☐ Nie ☐ Tak, z jakiego powodu:

4. Imię i nazwisko:	Wiek:	Klasa:	Szkoła:
---------------------	-------	--------	---------

Czy było badane w PPP? ☐ Nie ☐ Tak, z jakiego powodu:

5. Imię i nazwisko:	Wiek:	Klasa:	Szkoła:
---------------------	-------	--------	---------

Czy było badane w PPP? ☐ Nie ☐ Tak, z jakiego powodu:

6. Imię i nazwisko:	Wiek:	Klasa:	Szkoła:
---------------------	-------	--------	---------

Czy było badane w PPP? ☐ Nie ☐ Tak, z jakiego powodu:

Powód zgłoszenia

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 podanie konkretnych zachowań dziecka.

Czy u dziecka występują jeszcze inne, dodatkowe problemy, które Państwa niepokoją?

Prosimy o wymienienie wszystkich.

Czy w życiu Państwa rodziny lub dziecka wystąpiły trudne lub traumatyczne wydarzenia? Jakie?

Codzienne funkcjonowanie

Mocne strony dziecka

Zainteresowania

Sen (w tym trudności z zasypianiem, wybudzanie się, nadmierna senność)

Apetyt (w tym zmniejszony/wzmożony apetyt, zmiany masy ciała)

Czy dziecko na co dzień zgłasza dolegliwości somatyczne, np. bóle głowy, brzucha, mięśni?

Dominujący na co dzień u dziecka nastrój

W jaki sposób spędzają Państwo czas z dzieckiem?