

# KWESTIONARIUSZ

## DANE DZIECKA

Imię i nazwisko
Data urodzenia
Pesel
Numer w ewidencji Fundacji
Dokładna aktualna diagnoza
Imię i nazwisko opiekuna prawnego
Telefon kontaktowy do opiekuna prawnego
Adres e-mail opiekuna prawnego
Adres zameldowania
Adres zamieszkania
Data wypełnienia kwestionariusza

## PODSTAWOWE INFORMACJE O DZIECKU

Wzrost
Waga
Język ojczysty
Czy dziecko wychowuje się w pełnej rodzinie?
Czy dziecko uczęszcza do szkoły? Jakiego rodzaju?
Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności? Jaki jest okres ważności orzeczenia?
Czy występuje u dziecka niepełnosprawność intelektualna? Jaki stopień niepełnosprawności?
Jaki jest aktualny stan zdrowia dziecka?

Czy dziecko cierpi na chorobę zakaźną? Jaką?
Czy dziecko kiedykolwiek było pod opieką psychiatry?
Czy u dziecka występuje padaczka?
Jaka jest częstotliwość występowania napadów padaczkowych?
Jakie bodźce wywołują napady padaczkowe?
Czy dziecko zgłasza dolegliwości bólowe? Jakie?
Czy u dziecka występują alergie?
Czy dziecko przyjmuje leki na stałe? Jakie?
Czy dziecko miało w ciągu ostatniego roku przeprowadzoną operację? Jaką?

## STAN FIZYCZNEGO FUNKCJONOWANIA DZIECKA

Czy dziecko potrafi samodzielnie trzymać głowę?
Czy dziecko potrafi samodzielnie siedzieć?
Czy dziecko potrafi samodzielnie stać?
Czy dziecko potrafi samodzielnie się przemieszczać? W jaki sposób?
Czy dziecko potrafi samodzielnie chodzić?
Czy dziecko korzysta z pomocy medycznych, takich jak: balkonik, trójnogi, kule bądź wózek inwalidzki?
Czy u dziecka występują zaburzenia przełykania?
Czy dziecko potrafi samodzielnie spożywać posiłki?
Czy u dziecka występuje nadmierne ślinienie?
Czy dziecko jest w stanie trzymać w rękach przedmioty?
Czy dziecko potrafi samodzielnie się ubierać?
Czy u dziecka występują zaburzenia wzroku? Jakiego typu?

Czy u dziecka występują zaburzenia słuchu?  
Jakiego typu?

Czy u dziecka występują zaburzenia mowy?  
Jakiego typu?

## UMIEJĘTNOŚCI POZNAWCZE I SPOŁECZNE DZIECKA

Czy dziecko potrafi utrzymać kontakt wzrokowy z rozmówcą?

Czy u dziecka zaobserwowano zaburzenia kontroli wzrokowo-ruchowej?

Czy dziecko lubi bawić się na placu zabaw?

Czy dziecko lubi pracować przy biurku?

Czy dziecko lubi przeglądać książki?

Czy dziecko potrafi pisać?

Czy dziecko potrafi czytać?

Czy dziecko powtórzy pokazane mu wcześniej zadanie ruchowe?

Czy dziecko potrafi naśladować dźwięki?

Czy dziecko potrafi układać wyrazy w zdanie?

Czy u dziecka występuje mowa spontaniczna?

Czy dziecko reaguje na własne imię?

Czy dziecko potrafi wykonać proste polecenia?

Czy dziecko nawiązuje relacje z innymi?

Czy dziecko może samodzielnie uczestniczyć w terapii?

Czy dziecko potrafi współpracować z terapeutą?

Jak dziecko reaguje na zmiany w otoczeniu?

## ZACHOWANIE DZIECKA

Czy dziecko przejawia agresję w stosunku do innych ludzi?

Czy dziecko przejawia zachowania autoagresywne?

Czy u dziecka występuje nadpobudliwość psychoruchowa?

Czy dziecko w jakiś sposób się autostymuluje?

Czy u dziecka występują napady złości i rozdrażnienia?

Jakie są relacje dziecka z rodzeństwem?

Jakie są relacje dziecka z rodzicami?

## STAN UKŁADU RUCHU DZIECKA

Czy u dziecka występuje niestabilność kostno-stawowa?

Czy u dziecka występują deformacje kostno-stawowe?

Jakie są dominujące przykurcze mięśniowe występujące u dziecka?

Jaki jest stan ortopedyczny bioder dziecka?

Czy był przeprowadzony u dziecka zabieg chirurgiczny na ścięgnach?

Data przeprowadzenia zabiegu:

Czy dziecko miało zastosowane gipsowe odlewy hamujące na kończynach dolnych?

Data stosowania odlewów gipsowych:

Czy dziecko przeszło zabieg fibrotomii?

Data przeprowadzenia zabiegu:

Czy dziecko ma wszczepioną pompę baklofenową?

Czy dziecko miało przeprowadzony zabieg selektywnej tylnej rizotomii?

Data przeprowadzenia zabiegu:

## UCZESTNICTWO DZIECKA W TERAPII

Czy dziecko korzysta(ło) z terapii psychologicznej?

Z jaką częstotliwością?

Czy dziecko korzysta(ło) z integracji sensorycznej?

Z jaką częstotliwością?

Czy dziecko posiada diagnozę integracji sensorycznej?

Czy dziecko korzysta(ło) z terapii logopedycznej?

Z jaką częstotliwością?

Czy dziecko korzysta(ło) z terapii ruchowej?

Z jaką częstotliwością?

Jakie są Państwa oczekiwania wobec rehabilitacji ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza :)

.....  
Miejscowość / data

.....  
Podpis rodzica lub opiekuna prawnego pacjenta

Prosimy o wypełnienie, podpisanie i odesłanie dokumentu na adres e-mail: [zapisy@dzieciom.pl](mailto:zapisy@dzieciom.pl)

