

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Zwoleniu
ul. Kościuszki 39
26-700 Zwolen

telefon: 48 676-26-13
e-mail: poradnia@zwolepowiat.pl

www.poradniazwole.pl
REGON: 672894758



Data:

Wywiad z rodzicem/opiekunem prawnym
dotyczący dziecka zgłoszonego na diagnozę
do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Zwoleniu

I. DANE PODSTAWOWE

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Przedszkole/Szkoła: Klasa:

• Powód zgłoszenia:

.....
.....
.....

• Proszę podać, co może być przyczyną trudności dziecka:

.....
.....
.....

• Czy dziecko było kiedykolwiek diagnozowane:

☐ NIE

☐ TAK

Jeśli tak, to gdzie?

.....

• Od kiedy występuje zgłaszany problem?

.....

• Podejmowane sposoby rozwiązania problemu:

.....
.....
.....

II. SYTUACJA RODZINNA I ŚRODOWISKOWA

RODZINA		
☐ pełna	☐ niepełna	☐ zrekonstruowana
☐ samotna matka	☐ samotny ojciec	☐ konkubinat
☐ opieka naprzemienna	☐ rodzina zastępcza	☐ inne:

WŁADZA RODZICIELSKA/ OPIEKA PRAWNA		
☐ pełna	☐ ograniczona <i>Dotyczy:</i> ☐ matki ☐ ojca ☐ obojga rodziców	☐ zawieszona <i>Dotyczy:</i> ☐ matki ☐ ojca ☐ obojga rodziców

DANE RODZINY				
RODZICE/OPIEKUNOWIE				
	IMIĘ I NAZWISKO	WIEK	WYKSZTAŁCENIE	ŚRODKI UTRZYMANIA RODZINY (pracuje/nie pracuje)
MATKA				
OJCIEC				
RODZEŃSTWO				
IMIĘ	WIEK	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (rodzeństwo biologiczne, przyrodnie, dziecko partnera itp.)	PROBLEMY ZDROWOTNE LUB WYCHOWAWCZE	
			☐ TAK ☐ NIE	
			☐ TAK ☐ NIE	
			☐ TAK ☐ NIE	
			☐ TAK ☐ NIE	
			☐ TAK ☐ NIE	

CZY W RODZINIE WYSTĘPOWAŁY SYTUACJE KRYZYSOWE?					
☐ NIE					
☐ TAK:	☐ rozwód	☐ choroba	☐ śmierć	☐ przemoc	☐ inne (jakie?)

ZDROWIE RODZINY				
Czy w rodzinie występowały:	☐ trudności szkolne	☐ dysleksja	☐ ADHD	☐ autyzm
	☐ zaburzenia psychiczne	☐ uzależnienia	☐ choroby neurologiczne	☐ inne (jakie?)

III. WYWIAD ROZWOJOWY I MEDYCZNY

CIAŻA						
Która z kolei:						
Komplikacje	☐ NIE	☐ TAK:	☐ problemy ze zdrowiem	☐ wypadek	☐ śmierć bliskiej osoby	☐ inne (jakie?)
Choroby	☐ NIE	☐ TAK:	☐ nadciśnienie	☐ cukrzyca	☐ zatrucie ciążowe	☐ tarczyca
			☐ różyczka	☐ infekcje	☐ grypa	☐ inne (jakie?)
Leki	☐ NIE	☐ TAK:	Jakie?			
Używki	☐ NIE	☐ TAK:	☐ papierosy	☐ alkohol	☐ narkotyki	☐ inne (jakie?)
Hospitalizacja w czasie ciąży	☐ NIE	☐ TAK:	Powód?			

PORÓD			
☐ naturalny	☐ cesarskie cięcie		
☐ wspomagany:	☐ oksytocyna	☐ próżnociąg	☐ kleszcze ☐ inne (jakie?)
O czasie	☐ TAK	☐ NIE:	Tydzień ciąży?
Masa urodzeniowa			
Punkty Apgar			
Inkubator	☐ NIE	☐ TAK	
Czy u dziecka zdiagnozowano jakieś choroby /nieprawidłowości rozwojowe?	☐ NIE	☐ TAK:	Jakie?

ROZWÓJ DZIECKA	
Kiedy dziecko zaczęło?	
Raczkować:	☐ nie raczkowało
Siadać:	
Chodzić:	
Mówić pierwsze słowa:	
Mówić pierwsze zdania:	

ZDROWIE DZIECKA				
Przebyte choroby/zdarzenia:	☐ ospa	☐ odra	☐ różyczka	☐ szkarlatyna
	☐ częste zapalenia ucha	☐ zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	☐ nietypowe reakcje poszczepienne	☐ utrata przytomności/drgawki
	☐ urazy głowy	☐ złamania	☐ wypadek komunikacyjny	☐ hospitalizacje
Opieka specjalistów	☐ NIE	☐ TAK:	Jakich?	
Farmakoterapia	☐ NIE	☐ TAK:	Jaka?	
Stan wzroku	☐ prawidłowy	☐ nieprawidłowy	☐ nie był badany	
Stan słuchu	☐ prawidłowy	☐ nieprawidłowy	☐ nie był badany	
Zabiegi laryngologiczne	☐ NIE	☐ TAK		
Trudności ze snem	☐ NIE	☐ TAK		
Wybiórczość pokarmowa	☐ NIE	☐ TAK		
Zaburzenia w obrębie integracji sensorycznej	☐ NIE	☐ TAK		
Nadmierna ruchliwość	☐ NIE	☐ TAK		
Tiki	☐ NIE	☐ TAK		
Moczenie nocne (po 5 r.ż)	☐ NIE	☐ TAK		

IV. OCENA FUNKCJONOWANIA DZIECKA

OBSZAR I – UCZENIE SIĘ I STOSOWANIE WIEDZY			
	TAK	NIE	Uwagi
Łatwo przyswaja nowe informacje	☐	☐	
Potrafi skupić uwagę na zadaniu	☐	☐	
Samodzielnie rozwiązuje problemy	☐	☐	
Wymaga częstych przypomnień	☐	☐	
Szybko zniechęca się trudnościami	☐	☐	

OBSZAR II – OGÓLNE ZADANIA I OBOWIĄZKI			
	TAK	NIE	Uwagi
Kończy rozpoczęte zadania	☐	☐	
Pamięta o obowiązkach	☐	☐	
Potrafi organizować swoją pracę	☐	☐	
Radzi sobie z poleceniami wieloetapowymi	☐	☐	

OBSZAR III – POROZUMIEWANIE SIĘ			
	TAK	NIE	Uwagi
Rozumie polecenia adekwatne do wieku	☐	☐	
Chętnie komunikuje swoje potrzeby	☐	☐	
Mówi wyraźnie i zrozumiale	☐	☐	
Utrzymuje kontakt wzrokowy	☐	☐	

OBSZAR IV – PORUSZANIE SIĘ I AKTYWNOŚĆ MANUALNA			
	TAK	NIE	Uwagi
Sprawnie uczestniczy w zabawach ruchowych	☐	☐	
Ma trudności z koordynacją ruchową	☐	☐	
Prawidłowo posługuje się przyborami szkolnymi	☐	☐	
Występują trudności grafomotoryczne	☐	☐	

OBSZAR V – SAMOOBSŁUGA I SAMODZIELNOŚĆ			
	TAK	NIE	Uwagi
Samodzielnie się ubiera	☐	☐	
Dbą o higienę osobistą	☐	☐	
Przygotowuje się do szkoły	☐	☐	
Pamięta o swoich rzeczach	☐	☐	
Przestrzega zasad bezpieczeństwa	☐	☐	

OBSZAR VI – ŻYCIE DOMOWE			
	TAK	NIE	Uwagi
Wykonuje obowiązki domowe	☐	☐	
Przestrzega zasad domowych	☐	☐	
Dobrze funkcjonuje w relacjach rodzinnych	☐	☐	
Chętnie pomaga domownikom	☐	☐	

OBSZAR VII – KONTAKTY I RELACJE			
	TAK	NIE	Uwagi
Nawiązuje relacje z rówieśnikami	☐	☐	
Posiada kolegów/przyjaciół	☐	☐	
Inicjuje kontakt z innymi	☐	☐	
Potrafi współpracować w grupie	☐	☐	
Aдекватnie reaguje na krytykę	☐	☐	

OBSZAR VIII – EDUKACJA PRZEDSZKOLNA/SZKOLNA (wypełnij, jeśli dotyczy dziecka)			
	TAK	NIE	Uwagi
Chętnie uczęszcza do przedszkola/szkoły	☐	☐	
Przestrzega zasad obowiązujących w placówce	☐	☐	
Jest zmotywowane do zdobywania wiedzy	☐	☐	

OBSZAR IX – ŻYCIE W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ			
	TAK	NIE	Uwagi
Uczestniczy w zajęciach dodatkowych	☐	☐	
Przestrzega zasad w miejscach publicznych	☐	☐	
Posiada zainteresowania i hobby	☐	☐	
Potrafi poprosić o pomoc w razie potrzeby	☐	☐	

V. EDUKACJA

ŻŁOBEK			
☐ NIE	☐ TAK:	Opis procesu adaptacji:	
PRZEDSZKOLE			
☐ NIE	☐ TAK:	Opis procesu adaptacji:	
SZKOŁA (wypełnij, jeśli dziecko uczęszcza do szkoły)			
Opis procesu adaptacji:			
Wyniki w nauce:			
Trudności w nauce:			
Przedmioty:	Ulubione:	Mniej preferowane:	
Odrabianie lekcji, motywacja:			
Uwaga i koncentracja:			
Pamięć:			
Przestrzeganie zasad:			
Czy dziecko było objęte pomocą psychologiczno-pedagogiczną w szkole?	☐ NIE	☐ TAK:	☐ zajęcia korekcyjno-kompensacyjne; ☐ zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze; ☐ zajęcia logopedyczne; ☐ zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne; ☐ zajęcia rozwijające uzdolnienia; ☐ zajęcia rozwijające umiejętności uczenia się; ☐ inne:

VI. KORZYSTANIE Z MEDIÓW I URZĄDZEŃ EKRANOWYCH

Ile czasu dziennie dziecko spędza przed ekranem?		
Czy dziecko posiada własny telefon/tablet?	☐ TAK	☐ NIE
Czy rodzice kontrolują treści oglądane przez dziecko?	☐ TAK	☐ NIE
Czy dziecko ogląda TV lub korzysta z urządzeń po przebudzeniu?	☐ TAK	☐ NIE
Czy dziecko ogląda TV lub korzysta z urządzeń przed snem?	☐ TAK	☐ NIE

VII. PODSUMOWANIE

MOCNE STRONY DZIECKA	
TRUDNOŚCI I OGRANICZENIA DZIECKA	

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego