

Kwestionariusz wywiadu o dziecku

Szanowni Państwo,

Bardzo proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Zawarte w nim informacje pozwolą mi na lepsze poznanie sytuacji Państwa dziecka, w celu postawienia dokładniejszej diagnozy, określenia form pomocy i dostosowania planu terapii do indywidualnych potrzeb Państwa córki/syna.

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Szkoła/klasa:

Data wypełnienia kwestionariusza:

Osoba wypełniająca kwestionariusz:

I. Informacje dotyczące sytuacji dziecka

1. Jaka jest przyczyna zgłoszenia się z dzieckiem na terapię? (Proszę, o opisanie konkretnego problemu/problemów z jakim się Państwo zgłaszacie, kiedy się pojawił i od czego się zaczęło, jak zmieniał się w czasie, czemu akurat w danym momencie zgłosiliście się Państwo na terapię?):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Czy dziecko korzystało z opieki Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej? (jeśli tak to, czy ma opinię?, w jakich zajęciach uczestniczyło? Prosimy o zabranie ze sobą na pierwszą wizytę opinii/ dokumentacji jaką Państwo posiadacie):

.....

.....

3. Czy dziecko było w przeszłości lub jest obecnie pod opieką psychologa, psychoterapeuty, lekarzy specjalistów (neurologa, psychiatry itp.)? Jeśli tak, proszę o wypełnienie tabeli poniżej:

Rok/specjalista	Powód opieki/diagnoza	Zalecane leczenie i jego efekty

4. Czy dziecko przyjmowało w przeszłości lub przyjmuje obecnie leki przepisane przez psychiatrę lub neurologa. Jeśli tak, proszę o wypełnienie tabeli poniżej:

Nazwa	Przyczyna podawania/ jaki specjalista przepisał	Okres podawania, efekty leczenia

5. Czy dziecko było leczone na oddziale psychiatrycznym? Jeśli tak – proszę o przekazanie karty wypisowej. Proszę podać daty oraz miejsca wszystkich hospitalizacji:

.....

.....

.....

6. Czy dziecko cierpi na choroby przewlekłe? NIE / TAK (jakie?

7. Czy dziecko bierze obecnie jakiegokolwiek leki na stałe? NIE / TAK (jakie?....

8. Czy u dziecka występowały lub występują następujące problemy?

	TAK / NIE (proszę zaznaczyć właściwe)	W jakim okresie wystąpiły?
Odmowa chodzenia do szkoły	TAK / NIE	
Specyficzne trudności w nauce (np. dysleksja, dysortografia)	TAK / NIE	
Nadużywanie komputera/ telefony komórkowego	TAK / NIE	
Papierosy	TAK / NIE	
Alkohol	TAK / NIE	
Narkotyki	TAK / NIE	
Problemy z prawem, nadzór kuratora, usunięcie ze szkoły	TAK / NIE	

9. Jak często w okresie ostatnich 4 tygodni Państwa dziecko:

Bawiło się z innymi dziećmi?	rzadko	czasami	często	zazwyczaj
Wyglądało na smutnego?	rzadko	czasami	często	zazwyczaj
Miało trudności w kontaktach z rówieśnikami?	rzadko	czasami	często	zazwyczaj
Było rozdrażnione/ podminowane?	rzadko	czasami	często	zazwyczaj
Rozumiało humor/żarty odpowiednie dla jego wieku?	rzadko	czasami	często	zazwyczaj
Wolało przebywać samo?	rzadko	czasami	często	zazwyczaj
Unikało patrzenia na ludzi, którzy się do niego odzywali?	rzadko	czasami	często	zazwyczaj
Martwiło się?	rzadko	czasami	często	zazwyczaj
Sprzeczało się z innymi/wchodziło w konflikty?	rzadko	czasami	często	zazwyczaj
Spędzało czas z przyjaciółmi?	rzadko	czasami	często	zazwyczaj
Chętnie zajmowało się rzeczami, które zazwyczaj sprawiały przyjemność?	rzadko	czasami	często	zazwyczaj
Miało trudności podczas rozmowy z innymi dziećmi?	rzadko	czasami	często	zazwyczaj
Miało trudności w koncentracji (łatwo się rozpraszało)?	rzadko	czasami	często	zazwyczaj
Wykonywało powtarzalne, bezcelowe czynności, ruchy ciała lub dźwięki	rzadko	czasami	często	zazwyczaj

10. Czy w ostatnim czasie (ok. 4 tygodni) Państwa dziecko zgłaszało bóle brzucha, bóle głowy, nudności, kłopoty z apetytem, trudności ze snem? (jeśli tak, to jak często, ile razy w ciągu tygodnia):

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

II. Informacje dotyczące rozwoju dziecka

Ciąża i poród:

1. Przebieg ciąży (czy przebiegała prawidłowo, czy wystąpiły jakieś problemy?):

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

2. Czy mama w ciąży brała jakieś leki NIE / TAK (jakie?

3. Czy mama w ciąży piła alkohol/ brała narkotyki/ paliła papierosy? NIE / TAK

4. Jaki był przebieg porodu? (czy był o czasie, przedwczesny – który tydzień, opóźniony, czy był naturalny, kleszczowy, cesarskie cięcie, punkty Apgar, czy wystąpiły jakieś problemy, jaki był stan dziecka po porodzie – czy były powikłania, czy były jakieś konsultacje u specjalistów, rehabilitacja itp.):

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

Rozwój w 1-3 roku życia:

5. Kto opiekował się dzieckiem do 3 roku życia (jeśli dziecko chodziło do żłobka, to ile godzin dziennie tam spędzało?)

.....

6. Czy dziecko zaczęło siadać, stawać, chodzić o czasie? Czy raczkowało?

- rozwój ruchowy prawidłowy,
- wystąpiły problemy (jakie?

7. Czy dziecko zaczęło wypowiadać pierwsze słowa do ukończenia 2 roku życia, a zdania do ukończenia 3 roku życia? Czy rozwój mowy był prawidłowy?

- rozwój mowy prawidłowy
- były problemy (jakie?

8. Czy występowały jakieś niepokojące państwa zachowania, czy coś Państwa martwiło w rozwoju dziecka?

.....

.....

.....

.....

Okres przedszkolny:

9. Czy dziecko chodziło do przedszkola, w jakim okresie, jak przebiegała adaptacja?

.....

.....

10. Czy coś Państwa niepokoiło w tym czasie? (czy występowały trudności zdrowotne/ rozwojowe/ w kontaktach z innymi/ emocjonalne)?

.....

.....

.....

.....

11. Czy nauczyciele w przedszkolu zgłaszali, że jest coś nietypowego/ niepokojącego w zachowaniu dziecka?

.....

.....

.....

.....

12. Proszę opisać jak dziecko bawiło się w okresie przedszkolnym, wczesnoszkolnym? (czy wolało bawić się samo/ z rówieśnikami/obok innych, czy występowały zabawy „na niby” - np. w sklep, w szkołę, czy współdziałało w grupie/ dominowało – chciało rządzić, jakie zabawy lubiło najbardziej, czy lubiło rywalizację itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13. Czy w okresie od 0 do 3 roku życia lub w okresie przedszkolnym, Państwa dziecko:

Lubiło się przytulać?	TAK / NIE
Uśmiechało się do innych ludzi?	TAK / NIE
Nawiązywało kontakt wzrokowy, gdy ktoś do niego mówił?	TAK / NIE
Było płacziwe?	TAK / NIE
Było nieśmiałe?	TAK / NIE
Nadmiernie bało się głośnych dźwięków?	TAK / NIE
Wykazywało nadwrażliwość na metki?	TAK / NIE
Nie lubiło czesania, obcinania paznokci?	TAK / NIE
Lubiło zabawy plasteliną, masą solną, farbami?	TAK / NIE
Izolowało się od dzieci?	TAK / NIE
Nie lubiło pewnego jedzenia z powodu jego konsystencji?	TAK / NIE
Często wydawało się nie zauważać, że się uderzyło?	TAK / NIE
Często wpadało na różne przedmioty?	TAK / NIE
Długo uczyło się jeździć na rowerze?	TAK / NIE

Okres szkolny:

14. Prosimy o opisanie:

a) nauki: jak dziecko się uczy? Jakie zazwyczaj dostaje oceny? Czy było odroczone lub powtarzało klasy? Czy miało problemy z nauką? Jakie miało sukcesy, trudności? Jaką miało średnią na ostatnim świadectwie lub w ostatnim półroczu? (prosimy o załączenie kopii ostatniego świadectwa)

b) relacji z rówieśnikami: (czy ma przyjaciela, koleżanki/ kolegów, jak spędza z nimi czas czy woli przebywać samo, co robi na przerwach, woli współpracę/rywalizację, czy ktoś mu dokuca)

Klasy 1-3:

- a)
-
- b)
-

klasy 4-6:

- a)
- b)

klasy 7-8/ gimnazjum:

- a)
- b)

szkoła ponadgimnazjalna:

- a)
- b)

15. Czy dziecko dostaje uwagi ze szkoły (czy są stałe, powtarzające się skargi nauczycieli)? (jeśli tak, to na jakie zachowania dziecka?)

.....

.....

16. Na jakie zajęcia poza lekcyjne chodzi dziecko (w szkole lub poza nią)?

.....

.....

.....

17. Jak dziecko spędza wolny czas?

.....

.....

.....

.....

.....

III. Informacje dotyczące rodziny

1. Skład rodziny:

pełna niepełna zastępcza zrekonstruowana

- kto jest opiekunem prawnym? faktycznym?
- czy któryś z rodziców ma odebrane/ograniczone prawa rodzicielskie? (jeśli tak, to które?)
.....

2. Czy dziecko ma rodzeństwo?

Imię	Wiek	Czy występują trudności zdrowotne/wychowawcze?

3. W jaki sposób rodzina jest rozlokowana w mieszkaniu/ domu – kto zajmuje poszczególne pomieszczenia (czy dziecko ma własny pokój lub własny kącik w pokoju z rodzeństwem, czy ma własne łóżko, biurko, miejsce do zabawy):

1 pokój	
2 pokój	
3 pokój	
4 pokój	
Inne....	

.....

4. Czy dziecko doświadczyło w przeszłości lub obecnie dłuższej rozłąki z kimś bliskim z rodziny (dłuższe wyjazdy, hospitalizacje itp.)?

.....

.....

5. Informacje o mamie i tacie:

	Mama	Tata
Wiek		
Wykształcenie/ zawód		
Czy pracuje, jest na urlopie wychowawczym, rencie, bezrobociu itp.?		
Jaki jest stan zdrowia? Czy jest leczenie z powodu chorób przewlekłych?		
Czy jest lub była udzielana pomoc psychologiczna/ psychiatryczna? Jeśli tak – z jakiego powodu?		
Czy były próby samobójcze?		
Czy występują obecnie lub występowały w przeszłości problemy z używkami (alkohol, papierosy, narkotyki)?		

6. Czy w rodzinie ze strony mamy lub taty były/są osoby:

- mające trudności psychologiczne/ psychiatryczne NIE / TAK - kto i jakie?

.....

- mające problemy z używkami (alkohol, narkotyki) NIE / TAK - kto i jakie?

.....

- czy w rodzinie były próby samobójcze? NIE / TAK - czyje

.....

7. Czy w rodzinie w ostatnim czasie miały miejsce trudne wydarzenia (śmierć kogoś bliskiego, odejście itp.) lub wiążące się z dużymi zmianami (przeprowadzka, zmiana szkoły itp.)

.....

.....

.....

8. Proszę o opisanie jaka jest atmosfera w rodzinie (ciepła, spokojna, napięta, czy są konflikty)?

.....

.....

.....

.....

.....

Dodatkowe informacje o rodzicach, które mogą być ważne:

.....

.....

.....

.....

Czy jest jeszcze coś ważnego dotyczącego sytuacji dziecka?

.....

.....

.....

.....

.....

Bardzo dziękuję za wypełnienie kwestionariusza