

KARTA INFORMACYJNA

Imię i nazwisko dziecka:			
Adres zamieszkania:			
Data urodzenia:	PESEL <input type="text"/>	Data badania:	
Telefon kontaktowy:		Adres e-mail:	
Dziecko skierowane przez:		Numer szkoły/przedszkola/żłobka:	
<i>Drodzy Rodzice, proszę udzielić poniższych informacji jak najdokładniej. Będą one pomocne w lepszym zrozumieniu Państwa dziecka. Wszystkie informacje są poufne.</i>			
PRZEBIEG CIĄŻY (proszę podkreślić występujące objawy): różyczka grypa infekcje wirusowe zatrucia opuchlizna kostek wymioty krwawienia			
Przyjmowane lekarstwa:			
PRZEBIEG PORODU: (prawidłowe zakreślić) poród naturalny, poród kleszczowy, cesarskie cięcie?; Czas porodu - godzin; Znieczulenie?; Czy dziecku podawano tlen?; Czy dziecko zapłakało szybko?; Czy miało jakieś problemy z oddychaniem?; Jest dzieckiem urodzonym o czasie?; Wcześniakiem urodzonym w tygodniu o wadze			
HISTORIA ROZWOJU: Karmione piersią/butelką, jak długo; Podnosiło głowę wieku; Czworakować w wieku; Chodzić samodzielnie; Mówić; Jeść pokarmy stałe; Jeść samodzielnie; Przeszastało korzystać z pieluch			
<i>Proszę zaznaczyć występujące trudności lub opóźnienia:</i>			
	tak / nie		tak / nie
mowa		domagało się dużej uwagi	
słuch		dużo płakało	
wzrok		nie lubiło przytulania	
koordynacja rąk		nie lubiło podrzucania	
		nie lubiło podskoków	
koordynacja nóg		nieśmiałe	
		bojaźliwe	
HISTORIA SNU: Spało dobrze; Było kapryśne; Niepokojne; Łatwo się relaksowało i zasypiało.....; Jako małe dziecko było bardzo aktywne; mało aktywne			
HISTORIA ZABAWY: Bawiło się samo; Z innymi; Twórczo; Współpracująco; <i>Proszę opisać krótko ulubione formy zabawy i zabawki :</i>			
Czy dziecko jeździ na: hulajnodze trójkołowej, hulajnodze dwukołowej, rowerku czterokołowym, rowerze dwukołowym?(proszę zakreślić odpowiedź)			
Czy długo uczyło się jeździć na rowerze?			

Rok szkolny/.....

Czy ma rodzeństwo? (wiek)

Czy Państwa dziecko ma poniższe trudności? Proszę zakreślić i ewentualnie skomentować na końcu:

Lęk przed wodą, ludźmi, inne:

Padaczkę, kiedy

Chorobę lokomocyjną, zawroty głowy

Lubi zabawy charakterystyczne dla wesołego miasteczka (karuzele, kolejki)

Trudności z ssaniem, żuciem lub przełykaniem

Infekcje uszu

Problemy wzrokowe, nosi okulary

Alergie

Inne problemy zdrowotne

Przyjmuje lekarstwa, dlaczego

Czy Państwa dziecko lubi, czy nie lubi rywalizacji?

Proszę opisać zdolności zapamiętywania:

.....

Umiejętności słuchania wykonywania poleceń:

.....

.....

Proszę *zakreślić* wszelkie trudności występujące obecnie a *skreślić* te występujące w przeszłości:

Wzrok	Koordinacja rąk	Wrażliwość na dotyk	Słuch
Mowa	Koordinacja nóg	Równowaga	Postawa
Trudności z aktywno- ściami na placu zabaw, w-f, gry zespołowe	Problemy z czytaniem	Problemy z pisaniem (estetyka)	Problemy z pisownią (ortografia)

Czy dziecko uczęszczało na terapię?

Rodzaj terapii	Częstotliwość spotkań	Czas trwania terapii	Miejsce terapii

Proszę wymienić mocne strony dziecka, w aktywnościach ruchowych, szkolnych, zainteresowaniach, itp.

.....

.....

.....

.....

Rok szkolny/.....