

**KWESTIONARIUSZ WYWIADU POUFNEGO Z RODZICAMI**

Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia:	

Droży Rodzice!

Bardzo proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Wszystkie informacje są poufne i nie zostaną udostępnione osobom trzecim. Zebrane dane to klucz do lepszego zrozumienia sytuacji, a tym samym do stworzenia spersonalizowanego planu terapii, idealnie dopasowanego do wyjątkowych potrzeb i potencjału Państwa dziecka. Wierzę, że to również fundament naszej owocnej współpracy. Wspólnie, z pełnym zaangażowaniem i troską, budujemy bezpieczną przestrzeń pełną wiedzy, inspiracji i nowych możliwości, która zapewni kompleksową i holistyczną pomoc Państwa dziecku.

Serdecznie dziękuję!

INFORMACJA O RODZINIE

Rodzina: pełna/niepełna; rozwód/separacja

Rodzeństwo:.....

Czy istnieją obecnie jakieś problemy w Państwa rodzinie?

.....

Jak dziecko reaguje na rozwód/separację (jeśli dotyczy)?

.....

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miały miejsce duże zmiany (przeprowadzka, zmiana pracy, choroba, śmierć bliskiej osoby)?

.....

.....

Jak rodzice/opiekunowie ustalają zasady i egzekwują konsekwencje, czy zasady są spójne w obu domach (jeśli rodzina niepełna)?

.....

.....

.....

Pozostaniemy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY
Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska
NIP 5311721023 | REGON 527105917

 600 396 754

 Al. Solidarności 68/U2, 05-135 Wieliszew

 motylepomocy@gmail.com

 www.motylepomocy.com





Czy w bliskiej rodzinie (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie) występowały/występują: lęki, depresja, ADHD,

.....
.....

OPIEKA SPECJALISTYCZNA

psycholog/ logopeda/ neurolog/ okulista/ laryngolog/ alergolog/ ortopeda/ fizjoterapeuta/

inne:

PRZEGIEB CIĄŻY

Komplikacje:

Problemy ze zdrowiem, konieczność leżenia w łóżku, krwawienia, zmęczenie, zabiegi:

.....

Choroby (proszę podkreślić): nadciśnienie/ cukrzyca/ zatrucie ciążowe/ tarczycy/ różyczka/ grypa/

infekcje/ inne:

PORÓD I POŁÓG

Dziecko urodzone: w terminie/ po terminie/ przedwcześnie

Poród: siłami natury/ cesarskie cięcie

Punkty APGAR:/ Inkubator/ tlen/ przedłużająca się żółtaczka/ inne:

Czy niemowlę było karmione piersią? tak/ nie Jak długo?

Umiejętność ssania

PODSTAWOWE UMIEJĘTNOŚCI ROZWOJOWE

Raczkowanie Siadanie Samodzielne stanie

Przewracanie się Chodzenie Dominacja ręki

Pierwsze słowa Zdania proste Zdania złożone

Karmienie butelką Karmienie łyżką Samodzielne jedzenie

Pielucha Rozbieranie się..... Ubieranie się

Sen Samodzielnie Obecność opiekuna

Jazda na rowerze biegowym 4-kołowym 2-kołowym

Pozostaniemy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY

Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska

NIP 5311721023 | REGON 527105917

 600 396 754

 Al. Solidarności 68/U2, O5-I35 Wieliszew

 motylepomocy@gmail.com

 www.motylepomocy.com





PODSTAWOWE UMIEJĘTNOŚCI ROZWOJOWE

Raczkowanie Siadanie Samodzielne stanie
Przewracanie się Chodzenie Dominacja ręki

PRZEBIEG ROZWOJU MOWY

Kiedy pojawiło się gaworzenie?
Kiedy pojawiły się pierwsze słowa?
Kiedy pojawiły się pierwsze zdania?
Czy mowa była od razu zrozumiała dla otoczenia czy tylko dla rodziców?
.....

PRZEBIEG ROZWOJU CZYNNOŚCI FIZJOLOGICZNYCH W OBRĘBIE NARZĄDU MOWY

DANE DOTYCZĄCE CZYNNOŚCI SSANIA (właściwe podkreślić):

Karmienie naturalne / sztuczne Jak długo?
Smoczek uspokajający tak / nie Jak długo?
Karmienie łyżeczką Od kiedy?

PROBLEMY MEDYCZNE

Problemy skórne Problemy żołądkowo – jelitowe
Moczenie nocne Moczenie w ciągu dnia
Choroba lokomocyjna Padaczka
Czy są zdiagnozowane inne czynniki lub choroby?
Pobyty w szpitalu (liczba dni oraz powód)
Urazy głowy/wypadki
Antybiotykoterapia (jak często?)
Znieczulenia ogólne (liczba)

INNE TRUDNOŚCI

Koszmary senne Nieregularny sen
Obgryzanie paznokci Zgrzytanie zębami
Lęki Smoczek, ssanie palca

Pozostaniemy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY
Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska
NIP 5311721023 | REGON 527105917

600 396 754

Al. Solidarności 68/U2, O5-I35 Wieliszew

motylepomocy@gmail.com

www.motylepomocy.com





DIETA DZIECKA

Co obecnie jada dziecko?

Czy ma otyłość/niedowagę?

Jak często jada słodczy?

Jak często jada jedzenie typu fast food?

Co dziecko pije?

Czy unika jakichś pokarmów?

Kiedy zaczęło jeść pokarmy stałe?

Czy prawidłowo żuło, gryzło, połykało?

Czy dziecko ma stałe pory posiłków?

ZABAWA

Jakie są ulubione zabawy dziecka?

.....

Czy potrafi się bawić samo?

.....

Czy potrafi się bawić z innymi dziećmi?

.....

Jak wygląda zabawa "na niby"? (np. czy karmi lalkę, czy miś jest chory i trzeba go leczyć?)

.....

Jak najczęściej dziecko spędza wolny czas?

.....

Jak często dziecko przebywa na świeżym powietrzu?

.....

Jakie aktywności wtedy preferuje (piaskownica, rower, plac zabaw)?

.....

Jak długo potrafi się skupić na danej czynności?

.....

Czy szybko się uczy nowych czynności?

.....

Pozostaniemy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY
Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska
NIP 5311721023 | REGON 527105917

 600 396 754

 Al. Solidarności 68/U2, O5-I35 Wieliszew

 motylepomocy@gmail.com

 www.motylepomocy.com





Czy dąży do samodzielności w trakcie zabawy?

KOMUNIKACJA SPOŁECZNA I JĘZYK

Czy dziecko inicjuje kontakt z rówieśnikami, czy tylko odpowiada?

Czy jest w stanie negocjować, rozwiązywać konflikty i odczytywać emocje z twarzy/tonu głosu innych?

Czy potrafi czekać na swoją kolej w grach/rozmowie?

Czy rozumie ironię, żarty, metafory, powiedzenia?

Czy mowa dziecka służy głównie do prośby i nazywania, czy również do dzielenia się emocjami i komentarzami?.....

Czy jego mowa jest bardzo dojrzała/formalna, lub, przeciwnie, czy wciąż używa dużo mowy dziecięcej?

Czy dziecko często powtarza słowa/zdania (echolalia, powtórzenia) usłyszane od innych lub z mediów?

EDUKACJA

Jak dziecko adaptowało się podczas pierwszych dni?

Żłobek Przedszkole Szkoła

Występujące problemy w czasie adaptacji

Jak długo dziecko przebywało/przebywa w placówkach (godzinowo w ciągu dnia)?

Żłobek Przedszkole Szkoła

Pozostaniemy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY
Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska
NIP 5311721023 | REGON 527105917

 600 396 754

 Al. Solidarności 68/U2, 05-135 Wieliszew

 motylepomocy@gmail.com

 www.motylepomocy.com





FUNKCJE POZNAWCZE I WYKONAWCZE

Czy potrafi samodzielnie spakować plecak/przygotować się do wyjścia?

.....

Jak radzi sobie z przejściem między czynnościami (np. od zabawy do kolacji)?

.....

Czy dziecko potrafi rozpocząć zadanie/czynność samodzielnie?

.....

Czy często gubi przedmioty osobiste (zabawki, czapka, zeszyty)?

.....

Czy potrzebuje, aby polecenie było powtórzone wielokrotnie?

.....

Jakie strategie stosuje rodzic, gdy dziecko zapomina polecenia (np. polecenia wizualne, powtarzanie, rozbijanie na kroki)? (jeśli dotyczy)

.....

.....

Czy zapamiętuje sekwencje (np. ubieranie się, mycie zębów)?

.....

Czy ma trudności z szacowaniem czasu? (np. „za 5 minut wychodzimy”)

.....

Jak znosi nagłe zmiany planów? Czy pojawiają się z tego powodu wybuchy złości lub lęk?

.....

.....

Czy ma silną potrzebę sztywnych rutyn i rytuałów (np. zawsze ta sama droga do szkoły, jedzenie w tej samej misce)?

.....

.....

Czy dziecko ma bardzo silne zainteresowania (tematy, kolekcje) i z trudnością akceptuje rozmowę/zabawę na inny temat?

.....

.....

Pozostaniemy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY

Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska

NIP 5311721023 | REGON 527105917

 600 396 754

 Al. Solidarności 68/U2, O5-I35 Wieliszew

 motylepomocy@gmail.com

 www.motylepomocy.com





EMOCJE

Jaki nastrój dominuje u dziecka?

.....

Co je cieszy i jak okazuje radość?

.....

Czy dziecko potrafi współczuć i pocieszać innych?

.....

Kiedy się złości i jak to wyraża? Jak często?

.....

Co zwykle poprzedza wybuch złości (głód, zmęczenie, hałas, poczucie niesprawiedliwości)? Jak długo trwa wybuch? (jeśli dotyczy)

.....

Czego się boi i jak reaguje?

.....

Czy lęk ma charakter uogólniony czy dotyczy konkretnych sytuacji (np. lęk separacyjny, lęk społeczny)?

Czy lęk przejawia się też fizycznie (ból brzucha, nudności)? (jeśli dotyczy)

.....

.....

Co pomaga mu w radzeniu sobie ze złością i lękiem?

.....

Jak szybko dziecko potrafi się uspokoić samodzielnie (bez udziału dorosłego)? Jakich strategii używa?

.....

.....

Czy łatwo przewidzieć jego emocje?

.....

Jakie emocje dominują, gdy jest w grupie rówieśniczej?

.....

Czy dziecko mówi o sobie negatywnie (np. "jestem głupi", "nie umiem", "nikt mnie nie lubi")?

.....

.....

Pozostaniemy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY

Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska

NIP 5311721023 | REGON 527105917

 600 396 754

 Al. Solidarności 68/U2, 05-135 Wieliszew

 motylepomocy@gmail.com

 www.motylepomocy.com





DANE DOTYCZĄCE KORZYSTANIA Z MULTIMEDIÓW:

Czy dziecko korzysta z tabletu / telefonu / komputera / telewizora?

Od jakiego wieku?

W jakim wymiarze czasowym w ciągu 1 dnia?

Jakie treści dziecko ogląda? (np. gry, krótkie filmiki, bajki ok. 20 minutowe, tytuły ulubionych bajek, gier)

.....

.....

.....

W jakim celu dziecko najczęściej używa multimediów? (Do uspokojenia, do nauki, do wspólnej zabawy z rówieśnikami/rodzicami)

.....

.....

Jak reaguje, gdy trzeba przerwać korzystanie z multimediów?

.....

.....

MOCNE STRONY I ZASOBY DZIECKA

Proszę o wymienienie i opisanie tego, co w dziecku jest najlepsze, co sprawia, że jesteście Państwo z niego dumni oraz w jakich obszarach odnosi sukcesy (nie tylko szkolne, ale i osobiste).

W jakich konkretnych obszarach Państwa dziecko ma wyraźne talenty lub wykazuje ponadprzeciętne zdolności (np. muzyka, sport, logiczne myślenie, pamięć, twórczość, empatia)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pozostaniemy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY

Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska

NIP 5311721023 | REGON 527105917

 600 396 754

 Al. Solidarności 68/U2, 05-135 Wieliszew

 motylepomocy@gmail.com

 www.motylepomocy.com





Jakie pozytywne cechy charakteru dominują (np. jest uprzejme, sumienne, poczucie humoru, ciekawe świata, wrażliwe, wytrwałe, pomysłowe)?

.....

.....

.....

Co sprawia, że jest lubiane przez rówieśników/dorosłych? Czy ma zdolność do zawierania trwałych przyjaźni?

.....

.....

.....

Co jest dla dziecka najsilniejszą motywacją do działania i uczenia się?

.....

.....

.....

OBSZARY DO ROZWOJU, TRUDNOŚCI SUBIEKTYWNE

Proszę o opisanie tych cech lub trudności, które Państwa zdaniem najbardziej utrudniają dziecku codzienne funkcjonowanie, naukę lub relacje.

Jaki problem (np. wybuchy złości, trudności z czytaniem, brak przyjaciół, ciągle zapominanie) jest dla Państwa największym priorytetem do rozwiązania w terapii?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pozostaniemy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY
Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska
NIP 5311721023 | REGON 527105917

 600 396 754

 Al. Solidarności 68/U2, 05-135 Wieliszew

 motylepomocy@gmail.com

 www.motylepomocy.com





W jakim stopniu Państwa dziecko akceptuje zasady i konsekwencje ustalone przez dorosłych?

.....

.....

.....

.....

.....

Spostrzeżenia, uwagi, istotne informacje:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Data:

Podpisy Rodziców:

Wpłynęło dnia

(pieczętka i podpis osoby upoważnionej)

Pozostańmy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY
Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska
NIP 5311721023 | REGON 527105917



600 396 754



Al. Solidarności 68/U2, 05-135 Wieliszew



motylepomocy@gmail.com



www.motylepomocy.com

