

KARTA INFORMACYJNA

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data urodzenia:.....

Telefon kontaktowy rodzica:

Dziecko skierowane przez:.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w formularzu w celów wykonania opinii o występowaniu zaburzeń integracji sensorycznej przez KIDS BALANCE integracja sensoryczna

.....
data, imię i nazwisko rodzica (opiekuna prawnego)

UWAGA! Wszystkie informacje podawane przez Państwa są poufne. Proszę o udzielenie poniższych informacji jak najdokładniej, ponieważ będą one pomocne w lepszym zrozumieniu Państwa dziecka.

Proszę o podkreślenie odpowiedzi TAK/NIE bądź informacji dotyczącej dziecka oraz uzupełnienie luk:

PRZEBIEG CIĄŻY:

- różyczka, grypa, infekcje wirusowe, zatrucia, opuchlizny kostek, wymioty, krwawienia?
(proszę podkreślić występujące objawy)
- Przyjmowane lekarstwa w trakcie ciąży:

PRZEBIEG PORODU:

- czas porodu godz.
- poród naturalny, poród kleszczowy, cesarskie cięcie
- Dziecko urodziło się o czasie? TAK / NIE - jeśli nie to wcześniak urodzony wtyg., o wadze
- Czy podawano dziecku tlen? TAK / NIE
- Czy dziecko miało problem z oddychaniem? TAK / NIE

HISTORIA ROZWOJU:

- Czy dziecko było karmione piersią? TAK/NIE – jeśli TAK to jak długo?.....
- Kiedy dziecko zaczęło podnosić główkę?
- Kiedy dziecko zaczęło samodzielnie siedzieć?
- Kiedy dziecko zaczęło samodzielnie obracać się?
- Czy występowało czworakowanie? TAK / NIE - jeśli TAK to kiedy?
- Kiedy dziecko zaczęło samodzielnie chodzić?
- Kiedy dziecko zaczęło mówić?.....
- Kiedy dziecko zaczęło jeść pokarmy stałe?
- Kiedy dziecko zaczęło jeść samodzielnie?

- Kiedy dziecko przestało korzystać z pieluchy?
- czy dziecko lubiło przytulanie? TAK / NIE
- Czy dziecko lubiło być podzucane? TAK / NIE
- Czy dziecko domagało się dużej uwagi? TAK / NIE
- Czy dziecko dużo płakało TAK / NIE
- Czy dziecko było bojaźliwe TAK / NIE

HISTORIA SNU:

- Czy dziecko zasypiało szybko? TAK / NIE
- Czy dziecko było kapryśne, spało niespokojnie? TAK / NIE
- Jako małe dziecko było: bardzo aktywne, średnio bądź przeciętnie aktywne, mało aktywne

HISTORIA ZABAWY:

- Czy dziecko bawiło się samo? TAK / NIE

Proszę opisać krótko ulubione formy zabawy i zabawki jaki lubiło bawić się dziecko:

.....

JEDZENIE:

- Czy dziecko ma problemy z jedzeniem? TAK / NIE
- Czy toleruje grudki w potrawach? TAK / NIE
- Czy miewa odruch wymiotny przy jedzeniu? TAK / NIE
- Czy często próbuje brać do buzi i gryźć różne przedmioty? TAK / NIE

Proszę o zaznaczenie TAK /NIE bądź udzielenie krótkiego komentarza, przy każdym z poniżej wymienionych trudności:

PYTANIE	ODPOWIEDŹ		EWNTUALNY KOMENTARZ
Czy występuje lęk przed wodą?	TAK	NIE	
Czy występuje lęk przed ludźmi?	TAK	NIE	
Inne lęki?	TAK	NIE	
Czy dziecko potrafi rywalizować?	TAK	NIE	
Czy ma problemy z słuchaniem i zapamiętywaniem?	TAK	NIE	
Czy dziecko panicznie reaguje podczas badania lekarskiego?	TAK	NIE	
Czy niechętnie myje zęby, bądź czesz się, daje sobie obcinać paznokcie?	TAK	NIE	
Czy występuje choroba lokomocyjna?	TAK	NIE	
Czy występowały częste infekcje uszu?	TAK	NIE	
Czy dziecko lubi zabawy charakterystyczne dla wesołego miasteczka – karuzele, kolejki?	TAK	NIE	
Czy dziecko miało bądź ma trudność z ssaniem, żuciem, przetykaniem?	TAK	NIE	
Czy występowały problemy wzrokowe?	TAK	NIE	
Czy dziecko nosi okulary?	TAK	NIE	
Czy występują alergie?	TAK	NIE	
Czy dziecko przyjmuje aktualnie lekarstwa jeśli tak to jakie?	TAK	NIE	