



KWESTIONARIUSZ LOGOPEDYCZNY

Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia:	

Drodzy Rodzice!

Bardzo proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Zawarte w nim informacje pozwolą mi na lepsze poznanie sytuacji Państwa dziecka, w celu dostosowania planu terapii do indywidualnych potrzeb oraz możliwości Państwa córki/syna, a także ułatwi naszą współpracę. Wspólnie budujemy przestrzeń wiedzy, umiejętności oraz inspiracji dla komplementarnej i holistycznej pomocy dziecku.

Serdecznie dziękuję!

INFORMACJA O RODZINIE

Rodzina: pełna/niepełna; rozwód/separacja

Rodzeństwo:.....

Język ojczysty/ język komunikatywny w domu

Wady wymowy lub zaburzenia mowy w najbliższej rodzinie

.....

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 (podkreśl lub uzupełnij)

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

Pozostaniemy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY
Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska
NIP 5311721023 | REGON 527105917

600 396 754

Al. Solidarności 68/U2, O5-135 Wieliszew

motylepomocy@gmail.com

www.motylepomocy.com





PRZEBYTE POWAŻNE CHOROBY LUB URAZY

Jakie? Kiedy? Przyczyny, leczenie np. drenaż uszu

.....

.....

.....

PROBLEMY MEDYCZNE

Moczenie nocne Moczenie w ciągu dnia

Problemy żołądkowo – jelitowe Padaczka

Czy są zdiagnozowane inne czynniki lub choroby?

Pobyty w szpitalu (liczba dni oraz powód)

Urazy głowy/wypadki

Antybiotykoterapia (jak często?)

Znieczulenia ogólne (liczba)

PODSTAWOWE UMIEJĘTNOŚCI ROZWOJOWE

Raczkowanie Siadanie Samodzielne stanie

Przewracanie się Chodzenie Dominacja ręki

INNE TRUDNOŚCI

Koszmary senne Nieregularny sen

Obgryzanie paznokci Zgrzytanie zębami

Lęki Smoczek, ssanie palca

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/opiekunów prawnych?

.....

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





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?

DANE DOTYCZĄCE CZYNNOŚCI GRYZIENIA I ŻUCIA (właściwe podkreślić):

Odgryza kęsy przodem / bokiem

Chętnie / niechętnie gryzie twarde pokarmy

Włączenie stałych pokarmów do diety Od kiedy?

DANE DOTYCZĄCE CZYNNOŚCI POŁYKANIA (właściwe podkreślić):

Połykając dziecko trzyma czubek języka: między zębami /na górnym wałku dziąsłowym

Połykanie sprawia/nie sprawia dziecku trudności

DANE DOTYCZĄCE CZYNNOŚCI ODDYCHANIA (właściwe podkreślić):

Dziecko ma / nie ma częstych infekcji dróg oddechowych

Kiedy milczy oddycha nosem / buzią

Podczas snu moczy / nie moczy poduszki śliną

Podczas snu dziecko chrapie / nie chrapie

DANE DOTYCZĄCE KORZYSTANIA Z MULTIMEDIÓW (właściwe podkreślić):

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)


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 DOTYCHCZASOWEJ OPIEKI LOGOPEDYCZNEJ

Czy dziecko uczęszczało już na terapię logopedyczną? TAK / NIE

Jeśli TAK, to jak długo, z jaką częstotliwością, ile czasu trwają zajęcia?

.....

Spostrzeżenia, uwagi, istotne informacje:

.....

.....

.....

.....

.....

.....


Data:

Podpisy Rodziców:

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

