



## KWESTIONARIUSZ WYWIADU POUFNEGO Z RODZICAMI

Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia:	

Drodzy Rodzice!

Bardzo proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Wszystkie informacje są poufne i nie zostaną udostępnione osobom trzecim. 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:.....

Czy istnieją obecnie jakieś problemy w Waszej rodzinie? .....

.....

### OPIEKA SPECJALISTYCZNA (właściwe podkreślić)

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: .....

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





## 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 .....

## 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 .....

## 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, O5-135 Wieliszew

motylepomocy@gmail.com

www.motylepomocy.com





## DIETA DZIECKA

Co obecnie jada dziecko? .....

Czy ma otyłość/niedowagę? .....

Jak często jada słodycze? .....

Jak często jada chipsy, jedzenie typu fast food? .....

Co dziecko pije? .....

Czy unika jakichś pokarmów? .....

Kiedy zaczęło jeść pokarmy stałe? .....

Czy prawidłowo żuło, gryzło, połykało? .....

## ZABAWA

Jakie są ulubione zabawy dziecka? .....

Czy potrafi się bawić samo? .....

Czy potrafi się bawić z innymi dziećmi? .....

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? .....

Czy dąży do samodzielności w trakcie zabawy? .....

Jakie są mocne strony dziecka? .....

## 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





## EMOCJE

Jaki nastrój dominuje u dziecka? .....

.....

Co je cieszy i jak okazuje radość? .....

.....

Kiedy się złości i jak to wyraża? Jak często? .....

.....

Czego się boi i jak reaguje? .....

.....

Co pomaga mu w radzeniu sobie ze złością i lękiem? .....

.....

Czy łatwo przewidzieć jego emocje? .....

.....

Jakie emocje dominują, gdy jest w grupie rówieśniczej? .....

.....

## 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

