



Centrum Rehabilitacji Osteopatii i Ruchu Be Active

Terapeuta SI: Anna Gumułka-Kołek
ul. Wielicka 76
30-552 Kraków
tel. 536-814-111

www.rehabilitacja-beactive.pl/wielicka

Proszę o uzupełnienie:

WYWIAD Z RODZICEM

NUMER KONTAKTOWY:.....

ADRES EMAIL:.....

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:.....

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA:.....

DATA URODZENIA DZIECKA:.....

PODSTAWOWE ROZPOZNANIE (np. diagnoza neurologa, psychologa)

.....
.....
.....

DATA PRZYJĘCIA:.....

WIEK W DNIU PRZYJĘCIA:.....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA:.....

KTO UDZIELA WYWIADU (NP. MAMA, TATA)-.....

KTO SKIEROWAŁ NA BADANIE-.....

OPIS OKRESU CIAŻY

KTÓRA to była CIAŻA-.....

RODZENSTWO ?-

PRZEBIEG CIAŻY –.....

(STRES, LEKI NA PODTRZYMANIE, PLAMIENTA, KRWAWIENIA, STOSOWANE LEKI)

PORÓD - (RODZAJ, W KTÓRYM TYGODNIU, WAGA DZIECKA, PUNKTACJA APGAR)

ROZWÓJ W PIERWSZYM ROKU-

PROSZĘ PODAĆ PRZYBLIŻONY WIEK W KTÓRYM POJAWIŁY SIĘ PONIŻSZE UMIEJĘTNOŚCI:

-RACZKOWANIE

-SIADANIE.....

-SAMODZIELNE CHODZENIE.....

CZY DZIECKO WYMAGAŁO REHABILITACJI ? (jeśli tak- jak długo? jaką metodą?)

SPOSÓB KARMIENTA W PIERWSZYM ROKU ŻYCIA (PIERŚ, BUTELKA, KARMIENTE ŁYŻECZKĄ)-

EWENTUALNE TRUDNOŚCI W KARMIENTU W PIERWSZYCH LATACH ŻYCIA (ŻUCIE, POŁYKANIE, GRYZIENIE, WYBIÓRCZOŚĆ W WYBORZE POKARMU)-

OBEENE TRUDNOŚCI Z JEDZENIEM

ODDYCHANIE PRZEZ SEN (CZY SĄ OBSERWOWANE TRUDNOŚCI?)-

W JAKIM WIEKU POJAWIŁO SIĘ MÓWIENIE:

- POJEDYNCZE SŁOWA.....

- PEŁNE ZDANIA.....

BADANIE EEG (CZY BYŁO WYKONYWANE, JAKI JEST WYNIK, KIEDY BYŁO WYKONANE ?)-

.....

PRZEBYTE CHOROBY, HOSPITALIZACJE, NOP-.....

.....

.....

URAZY PSYCHICZNE, FIZYCZNE-.....

CHOROBY PRZEWLEKŁE-.....

.....

.....

PRZYJMOWANE LEKI-.....

.....

PODOBNE TRUDNOŚCI OBSERWOWANE W RODZINIE-.....

.....

MOCNE STRONY DZIECKA

POZIOM SAMODZIELNOŚCI PODCZAS AKTYWNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO

.....

CZY DZIECKO POZOSTAJE POD OPIEKĄ TERAPEUTYCZNĄ ? (jeśli tak proszę o informacje gdzie, ile godzin w tygodniu)

.....

.....

ŚRODOWISKO:

NAZWA PLACÓWKI:.....

- ŻŁOBEK- (od kiedy? jak długo? nazwa placówki)-.....

- PRZEDSZKOLE (od kiedy? jak długo? nazwa placówki)-.....

- SZKOŁA (od kiedy? jak długo? nazwa placówki)-.....

OBSERWOWANE TRUDNOŚCI W DANEJ PLACÓWCE NP. TRUDNOŚCI W CZYTANIU, PISANIU LUB INNE (jeśli to możliwe proszę o załączenie scanu opinii z danej placówki)

.....
.....

OPIS PROBLEMÓW DZIECKA -CO PAŃSTWA NIEPOKOI ?

Bardzo proszę o uzupełnienie

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....