

## Arkusz wywiadu z rodzicem/opiekunem przed pierwszą wizytą u PEDAGOGA/TERAPEUTY RĘKI

### DANE DZIECKA

Pytanie / Obszar	Odpowiedź
Imię i nazwisko	
Data urodzenia / wiek	
Przedszkole / szkoła	
Grupa / klasa	
Praworęczność / leworęczność	
Osoba wypełniająca formularz (relacja)	

### PRZEBIEG CIĄŻY I PORODU

Pytanie / Obszar	Odpowiedź
Czy ciąża przebiegała prawidłowo?	
Choroby, infekcje, stres w ciąży?	
Rodzaj porodu (naturalny/cesarskie cięcie)	
Powikłania okołoporodowe	
Waga i długość urodzeniowa	
Skala Apgar (jeśli znana)	

Czy dziecko było konsultowane u innych specjalistów?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ROZWÓJ MOTORYCZNY

Pytanie / Obszar	Odpowiedź
Kiedy dziecko zaczęło siadać, raczkować, chodzić?	
Czy występowały opóźnienia?	
Czy występują trudności z napięciem mięśniowym?	
Czy dziecko ma trudności z: trzymaniem narzędzi pisarskich, wycinaniem, zapinaniem guzików / suwaków, rysowaniem / malowaniem	

## ZDROWIE

Pytanie / Obszar	Odpowiedź
Przebyte choroby, operacje	
Alergie (pokarmowe, wziewne, kontaktowe)	
Przyjmowane leki	
Choroby neurologiczne, ortopedyczne lub inne/ orzeczenia	

INNE UWAGI:

.....

.....

.....

.....

.....

## FUNKCJONOWANIE DZIECKA

Pytanie / Obszar	Odpowiedź
Czy dziecko: szybko się męczy przy pracach manualnych, unika zadań wymagających precyzji, często zmienia pozycję przy stole, ma trudności z koncentracją?	
Czy zauważyli Państwo, że jedna strona ciała dziecka (lewa lub prawa) jest silniejsza, sprawniejsza albo słabsza od drugiej? (np. skacze tylko na jednej nodze)	

## ZAINTERESOWANIA I ZABAWY / RELACJE

Pytanie / Obszar	Odpowiedź
Ulubione aktywności/zainteresowania dziecka:	
Czy dziecko chętnie rysuje, buduje, bawi się klockami?	

Proszę opisać relacje w rodzinie – czy dziecko ma rodzeństwo, czy miały miejsce sytuacje, które wywołały trudne emocje?

## INNE UWAGI RODZICÓW

Pytanie / Obszar	Odpowiedź
Co budzi niepokój? Jakie są oczekiwania wobec terapii?	

Data, miejscowość .....

Podpis rodzica/opiekuna .....