



## Kwestionariusz wywiadu o dziecku

Informacje udzielone w poniższym kwestionariuszu pozwolą nam na lepsze poznanie Państwa dziecka, w celu postawienia dokładniejszej diagnozy, określenia form pomocy i ewentualnego dostosowania planu terapii do indywidualnych potrzeb Państwa córki/syna. Jednak najważniejszym aspektem jest fakt, że będziemy mogli realnie pomóc Państwa dziecku, a co za tym idzie poprawić jakość życia całej rodziny.

Imię i nazwisko dziecka: .....

Dane opiekunów: .....

Data urodzenia i numer PESEL: .....

Przedszkole/Szkoła/klasa: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon i e-mail kontaktowy: .....

Data wypełnienia kwestionariusza: .....

Osoba wypełniająca kwestionariusz: .....

Dziecko wychowuje się w rodzinie? biologicznej\* / adopcyjnej\* / zastępczej\* / placówce opiekuńczej\*

*\*proszę skreślić nieprawidłowe*

### I. Podstawowe informacje – wywiad

#### Ciąża i poród:

1. Przebieg ciąży (czy przebiegała prawidłowo, czy wystąpiły jakieś problemy, zabiegi, infekcje, hospitalizacje, krwawienia; jaki był rodzaj porodu, komplikacje?)

.....  
.....

2. Czy mama w ciąży brała jakieś leki – NIE\* / TAK\* (jakie? .....

3. Czy mamie w ciąży mogło zdarzyć się spożycie, np. – alkoholu (w tym piwa bezalkoholowego)\* / narkotyków\* / papierosów\* / nie spożywano żadnych z wymienionych substancji\*?

.....  
.....

4. Czy w czasie ciąży mama przeżyła duży stres (śmierć bliskiej osoby, rozwód, utrata pracy, inne). Jeśli tak, w jakim okresie ciąży?

.....  
.....

5. W którym tygodniu urodziło się dziecko? ..... Ile uzyskało punktów w skali Apgar? .....



6. Jakie działania lekarskie podjęto tuż po urodzeniu (badania, leki, inkubator, szczepienia, antybiotyki, hormony, itp.)?  
.....

7. Proszę podać parametry dziecka po urodzeniu: wagę ..... wzrost ..... obwód głowy .....

## II. Informacje dotyczące rodziny

1. Skład rodziny, w której obecnie przebywa dziecko:

- pełna                                       niepełna                                       zastępcza spokrewniona\*/niespokrewniona \*  
 zrekonstruowana                                       placówka                                       adopcyjna

\*niepotrzebne skreślić

**Jeśli dziecko przebywa w rodzinie zastępczej spokrewnionej, prosimy o określenie rodzaju pokrewieństwa:** .....

**Od kiedy dziecko przebywa w rodzinie zastępczej/adopcyjnej (jeśli dotyczy)?:**  
.....

2. Czy dziecko ma rodzeństwo (biologiczne, adopcyjne)?

Imię	Wiek	Czy występują trudności zdrowotne/wychowawcze?

3. W jaki sposób rodzina jest rozlokowana w mieszkaniu/domu? Czy dziecko ma:

(proszę wpisać TAK lub NIE)

Własny pokój .....

Wspólny pokój .....

Własne łóżko .....

Własne biurko .....

4. Czy dziecko doświadczyło/doświadcza dłuższej rozłąki z kimś bliskim z rodziny zastępczej lub adopcyjnej, w której obecnie przebywa (jeśli tak, jakiej?)  
.....



5. Czy dziecko ma kontakt z rodziną biologiczną? Jeżeli tak, to jaki, jak często, z kim? Jak dziecko zachowuje się po kontakcie z członkami rodziny biologicznej?

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

6. Informacje o **obecnych** rodzicach/opiekunach:

	<b>Mama</b>	<b>Tata</b>
Wiek		
Wykształcenie		
Czy pracuje, jest na rencie, bezrobociu, itp.?		
Czy jest lub była udzielana pomoc psychologiczna/psychiatryczna?		

7. Jeżeli jest znane, proszę podać wzrost rodziców biologicznych:

Mama ..... Tata .....

8. Czy w rodzinie ze strony mamy biologicznej lub taty biologicznego były/są osoby:

- mające trudności psychologiczne/psychiatryczne NIE / TAK – kto i jakie?

.....

- mające problemy z używkami (alkohol, narkotyki) NIE / TAK – kto i jakie?

.....

- podejmujące próby samobójcze? NIE / TAK – kto?

.....

9. Czy w rodzinie biologicznej/zastępczej/adopcyjnej w ostatnim czasie miały miejsce trudne wydarzenia (śmierć kogoś bliskiego, odejście itp.) lub wiążące się z dużymi zmianami (przeprowadzka, zmiana szkoły itp.).

.....

.....

10. Proszę o podanie informacji o rodzinie, które mogą być ważne (np. jak wspólnie spędzacie czas, jak dzielicie się obowiązkami domowymi, itp.):

.....

.....

.....

.....





5. Czy dziecko przechodziło jakiegokolwiek choroby laryngologiczne (wysiękowe zapalenie ucha, przewlekłe katar)?

.....

Czy dziecko jest alergikiem? Jeśli tak, na jakie alergeny reaguje? .....

.....

6. Czy dziecko przechodziło jakiegokolwiek zabiegi chirurgiczne/operacje? Jakie? .....

.....

.....

7. Czy dziecko było uczestnikiem wypadku (np. komunikacyjnego), doznało urazu głowy, podtopiło się, stwierdzono niedotlenienie? Jeśli tak, proszę opisać okoliczności .....

.....

8. Czy dziecko cierpi na choroby przewlekłe (gastrologiczne, endokrynologiczne, laryngologiczne, nefrologiczne lub inne)? Jakie? .....

.....

9. Czy dziecko bierze obecnie jakiegokolwiek leki na stałe? Jakie? .....

.....

10. Czy u dziecka występowały lub występują następujące problemy?:

Proszę zaznaczyć TAK lub NIE		W jaki okresie wystąpiły?
Odmowa chodzenia do szkoły	<b>TAK/NIE</b>	
Specyficzne trudności w nauce (np. dysleksja, dysortografia)	<b>TAK/NIE</b>	
Papierosy	<b>TAK/NIE</b>	
Alkohol	<b>TAK/NIE</b>	
Narkotyki	<b>TAK/NIE</b>	
Problemy z prawem, nadzór kuratora, usunięcie ze szkoły	<b>TAK/NIE</b>	



11. Jak często w **okresie ostatnich 4 tygodni** Państwa dziecko (w pustych polach proszę opisać częstotliwość, np. rzadko, często, zawsze, codziennie lub zastosować inne, według Państwa odpowiednie określenia):

Bawiło się z innymi dziećmi?	
Wyglądało na smutne?	
Miało trudności w kontaktach z rówieśnikami?	
Było rozdrażnione/podminowane?	
Rozumiało humor/żarty odpowiednie dla jego wieku?	
Wolało przebywać samo?	
Unikało patrzenia na ludzi, którzy się do niego odzywali?	
Martwiło się?	
Sprzeczało się z innymi/wchodziło w konflikty?	
Spędzało czas z przyjaciółmi?	
Chętnie zajmowało się rzeczami, które zazwyczaj sprawiały przyjemność?	
Miało trudności podczas rozmowy z innymi dziećmi?	
Miało trudności w koncentracji (łatwo się rozpraszało)?	
Wykonywało powtarzalne, bezcelowe czynności, ruchy ciała lub dźwięki	

<b>DOLEGLIWOŚĆ</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>JAK CZĘSTO (ile razy w tygodniu)</b>
Ból brzucha			
Ból głowy			
Nudności			
Kłopoty z apetytem			
Trudności ze snem			

**Rozwój w 1-3 roku życia:**

12. Kto opiekował się dzieckiem do 3 roku życia (jeśli dziecko chodziło do żłobka, to ile godzin dziennie tam spędzało? .....

13. Kiedy dziecko zaczęło siadać, stawać, chodzić? Czy raczkowało?  
.....  
.....

14. Czy zaobserwowano u dziecka zaburzenia w rozwoju ruchowym? .....



15. Kiedy dziecko zaczęło wypowiadać pierwsze słowa [mama, tata, baba (jako babcia), itp.]?

.....

16. Kiedy dziecko zaczęło wypowiadać pierwsze zdania (np. tata brum brum, mama je)?

.....

17. Kiedy dziecko przestało nosić pieluszkę?

.....

18. Czy od narodzin do 3. roku życia występowały jakieś niepokojące Państwa zachowania, czy coś Państwa martwiło w rozwoju dziecka (okresy aktywności w trakcie dnia bądź okresu życia dziecka, trudne zachowania, największe wyzwania dla rodziców, ewentualne problemy z karmieniem, sen i zasypianie, problemy zdrowotne i wady wrodzone)?

.....

.....

**Okres przedszkolny:**

19. Czy dziecko chodziło do przedszkola, w jakim okresie, jak przebiegała adaptacja?

.....

.....

20. Czy coś Państwa niepokoiło w tym czasie? (czy występowały trudności zdrowotne/ rozwojowe/ w kontaktach z innymi/ emocjonalne)?

.....

.....

.....

21. Proszę opisać, jak dziecko bawiło się w okresie przedszkolnym, wczesnoszkolnym?

	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Wolało bawić się samo		
Bawiło się w grupie		
Czy występowały zabawy na niby (np. w sklep, szkołę)		
Czy współdziałało w grupie		
Czy dominowało w grupie		
Czy lubiło rywalizację		



22. Czy Państwa dziecko:

	w okresie <b>od 0 do 3. roku życia</b> lub w okresie <b>przedszkolnym</b>	w okresie <b>szkolnym</b>
Lubi/ło się przytulać?	TAK/NIE	TAK/NIE
Uśmiecha/ło się do innych ludzi?	TAK/NIE	TAK/NIE
Nawiązuje/ywało kontakt wzrokowy, gdy ktoś do niego mówi/ł?	TAK/NIE	TAK/NIE
Było/jest płacziwe?	TAK/NIE	TAK/NIE
Było/jest nieśmiałe?	TAK/NIE	TAK/NIE
Często nie panuje/owało nad swoimi emocjami?	TAK/NIE	TAK/NIE
Przejawia/ło zachowania agresywne lub autoagresywne?	TAK/NIE	TAK/NIE
Było/jest nadrucliwe, nie potrafi/ło się uspokoić?	TAK/NIE	TAK/NIE
Nadmiernie boi/bało się głośnych dźwięków?	TAK/NIE	TAK/NIE
Wykazuje/ywało nadwrażliwość dotykową np. na metki?	TAK/NIE	TAK/NIE
Nie lubi/ło czesania, obcinania paznokci?	TAK/NIE	TAK/NIE
Lubi/ło zabawy plasteliną, masą solną, farbami?	TAK/NIE	TAK/NIE
Izoluje/owało się od dzieci?	TAK/NIE	TAK/NIE
Samodzielnie rozbiera/ło się i ubiera/ło?	TAK/NIE	TAK/NIE
Nie lubi/ło pewnego jedzenia z powodu jego konsystencji, faktury, temperatury?	TAK/NIE	TAK/NIE
Często wydaje/wało się nie zauważać, że się uderzyło?	TAK/NIE	TAK/NIE
Często wpada/ło na różne przedmioty?	TAK/NIE	TAK/NIE
Długo uczy/ło się jeździć na rowerze?	TAK/NIE	TAK/NIE
Czy dziecko moczy/ło się w nocy?	TAK/NIE	TAK/NIE
Czy dziecko ma/miało koszmary?	TAK/NIE	TAK/NIE

**Jeśli któreś z powyższych pytań wymaga dookreślenia, informacje proszę zawrzeć poniżej:**

.....

.....

.....

**Okres szkolny:**

23. Czy dziecko ma problemy ze snem lub dolegliwości okołosenne (w tym moczenie się, koszmary, trudności w zasypianiu lub wybudzaniu się)?

.....

.....





24. Prosimy o opisanie:

**a) nauki:** jak dziecko się uczy? Jakże zazwyczaj dostaje oceny? Czy było odroczone lub powtarzało klasy? Czy miało problemy z nauką? Jakże miało sukcesy, trudności?

**b) relacji z rówieśnikami:** (czy ma przyjaciela, koleżanki/ kolegów, jak spędza z nimi czas czy woli przebywać samo, co robi na przerwach, woli współpracę/rywalizację, czy ktoś mu dokucza).

→ Klasy 1-3

a).....

.....

b).....

.....

→ Klasy 4-6

a).....

.....

b).....

.....

→ Klasy 7-8/gimnazjum

a).....

.....

b).....

.....

→ Szkoła ponadgimnazjalna / ponadpodstawowa

a).....

.....

b).....

.....

25. Czy dziecko dostaje uwagi ze szkoły (czy są stałe, powtarzające się skargi nauczycieli)? Jeśli tak, to na jakie zachowania dziecka?

.....

.....

26. Na jakie zajęcia pozalekcyjne chodzi dziecko (w szkole lub poza nią) i jak często?

.....

.....



27. Ile czasu dziecko spędza na nauce poza szkołą – odrabia zadania domowe?

Czy dziecko chętnie odrabia zadania?	
Czy dziecko samodzielnie odrabia zadania?	
Jakie przedmioty sprawiają najwięcej kłopotów w samodzielnym odrabianiu zadań?	
Ile dni w tygodniu dziecko odrabia zadania?	
Proszę podać czas jaki dziecko musi poświęcić na odrabianie zadań w przeciągu jednego dnia	
Proszę podać czas jaki dziecko poświęca na dodatkową naukę (np. korepetycje)	
Czy zdarza się, że dziecko odrabia zadania w weekend? (jak często?)	
Czy zdarza się, że dziecko rozplącze się podczas odrabiania zadań?	

28. Czy dziecko potrafi regulować swoje zachowanie, emocje i poziom pobudzenia psychoruchowego, w zależności od potrzeby danej sytuacji?

.....  
 .....

29. Jak dziecko spędza wolny czas?

.....  
 .....

30. Czy jest jeszcze coś ważnego dotyczącego sytuacji dziecka, co chcieliby Państwo nam przekazać?

.....  
 .....

*Czytelny podpis (imię i nazwisko) rodzica / opiekuna .....*

#### **IV. OŚWIADCZENIE**

My, niżej podpisani, wyrażamy zgodę na anonimowe wykorzystywanie informacji zawartych w ankiecie do badań naukowych.

.....  
*Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna*