

WYWIAD O DZIECKU DLA ZESPOŁU KONSULTACYJNEGO

PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI – CZYTELNIIE

CZEŚĆ I

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia dziecka Pesel dziecka

Adres zamieszkania

Numer telefonu Adres e-mail

Jaki jest powód zgłoszenia dziecka? Co Państwa niepokoi w funkcjonowaniu dziecka?

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

Kto skierował dziecko na zespół konsultacyjny?

.....
.....

Czego Państwo oczekujecie po spotkaniu z Zespołem Konsultacyjnym?

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

Czy dziecko uczęszcza:

- do żłobka / przedszkola : TAK / NIE

Jeśli TAK: od kiedy?..... Nazwa i adres placówki.....

.....

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na kontakt ze żłobkiem / przedszkolem :

TAK / NIE

Czy dziecko miało już kontakt z następującymi specjalistami?

	powód kontaktu	ogólne wnioski po konsultacji	czy i od kiedy dziecko zostało objęte terapią?	jaka jest częstotliwość spotkań z dzieckiem?
psycholog TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>				
logopeda				

TAK <input type="checkbox"/>				
NIE <input type="checkbox"/>				
pedagog				
TAK <input type="checkbox"/>				
NIE <input type="checkbox"/>				
terapeuta SI				
TAK <input type="checkbox"/>				
NIE <input type="checkbox"/>				
rehabilitant				
TAK <input type="checkbox"/>				
NIE <input type="checkbox"/>				

CZEŚĆ II

Historia rozwoju dziecka

Ciąża i poród

Stan zdrowia rodziców (przebyte choroby, leczenie, konflikt serologiczny)

.....

Która ciąża z kolei:

Przebieg ciąży (przyjmowane leki, zabiegi medyczne, dodatkowe badania, zalecenia lekarza, ogólne samopoczucie matki)

.....

Który poród z kolei?..... W którym tygodniu ciąży nastąpił poród?

Poród naturalny / cesarskie cięcie

Powód wykonania cesarskiego cięcia

.....

skala Apgar: waga urodzeniowa:..... wzrost:

Ewentualne powikłania okołoporodowe u dziecka, wykonane zabiegi medyczne

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

Stan noworodka w dniu wypisu ze szpitala (dzień życia, stan dziecka, szczepienia, badania przesiewowe, zalecenia medyczne)

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

Informacje o stanie zdrowia dziecka

Przebyte urazy, choroby

.....
.....

Leki przyjmowane przez czas dłuższy niż 2 miesiące (aktualnie lub w przeszłości).....

.....

Reakcje na szczepienia.....

.....

Czy dziecko było konsultowane przez lekarzy – obok daty proszę zaznaczyć czy to stała opieka czy jednorazowa konsultacja:

lekarz	data (rok)	wynik konsultacji
laryngolog TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
okulista TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
neurolog TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
psychiatra TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
rehabilitacji TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
inny lekarz – jaki?		

Rozwój dziecka

Funkcjonowanie w 1 roku życia (rozwój fizyczny, stan zdrowia, ogólny nastrój dziecka)

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

wiek siadania: wiek raczkowania: wiek chodzenia:.....

Przebieg karmienia/ nauki jedzenia

Karmienie piersią TAK - jak długo..... ; NIE

Smoczek TAK - jak długo..... ; NIE

Karmienie butelką ze smoczkiem TAK - jak długo..... ; NIE

Ewentualne problemy żywieniowe (np. ograniczenia repertuaru żywieniowego, nietolerancje.)

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

Samodzielność (ubieranie, korzystanie z toalety, jedzenie)

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

Ewentualne problemy ze snem (np. częste wybudzanie, długie usypianie)

.....
.....

Sposób oddychania podczas snu (buzia otwarta, zamknięta), chrapanie,

.....
.....

Rozwój mowy i komunikacji

Dźwięki wydawane przez dziecko ok. 3-4 m.ż (głuzenie), TAK / NIE

Gaworzenie TAK / NIE

od kiedy.....jakie sylaby.....

Pierwsze słowa znaczące, od kiedy.....jakie

Pierwsze proste zdanie, od kiedy.....jakie

Obserwowane trudności w rozwoju mowy

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

W co i czym dziecko lubi się bawić? W jaki sposób dziecko się bawi?

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

Czego nie lubi robić? Co sprawia dziecku trudność?

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

Sprawność fizyczna (jak dziecko radzi sobie na placu zabaw, podczas spacerów, w domu)

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

Jaki jest stosunek dziecka do rodziców, rodzeństwa i innych członków rodziny?

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

Czy dziecko nawiązuje kontakty z innymi dziećmi? (np. na placu zabaw, wśród znajomych, w przedszkolu) W jaki sposób?

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

Czy dziecko nawiązuje kontakty z dorosłymi? W jaki sposób?

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

Funkcjonowanie dziecka w żłobku/przedszkolu z perspektywy rodziców

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

Inne ważne obserwacje na temat przebiegu rozwoju dziecka

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

CZEŚĆ III

Dane środowiskowe

DANE MATKI

wiek: wykształcenie: wykonywany zawód:

DANE OJCA

wiek: wykształcenie:..... wykonywany zawód:.....

DANE OPIEKUNÓW PRAWNYCH (W PRZYPADKU, GDY NIE SĄ NIMI RODZICE)

wiek: wykształcenie:..... wykonywany zawód:.....

wiek: wykształcenie:..... wykonywany zawód:.....

Stopień pokrewieństwa wobec dziecka:

Rodzeństwo dziecka (imiona, wiek, stan zdrowia i przebieg rozwoju)

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

Kto zajmuje się dzieckiem w ciągu dnia?

.....
.....

Warunki mieszkaniowe (liczba osób i pokoi)

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

Problemy zdrowotne i rozwojowe w rodzinie (w tym z mową)

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

Informacje uzupełniające wywiad (ważne wydarzenia w życiu rodziny, istotne informacje)

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

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem zespołu konsultacyjnego.

.....
data i czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów dziecka

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka dla celów oświatowych.

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH ZGODNIE Z RODO – OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Szanowni Państwo, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, że administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, jak będą wykorzystywane Wasze dane osobowe, jest Specjalistyczna Poradnia Wczesnej Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej z siedzibą os. Willowe 35, 31-901 Kraków. Wasze dane osobowe będą przetwarzane przez nas w celu realizacji usług świadczonych przez naszą jednostkę. Informujemy, że:

1. Mają Państwo prawo do żądania od administratora dostępu do Waszych danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
2. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
3. Mają Państwo prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
4. Podanie danych osobowych jest warunkiem realizacji usług świadczonych przez naszą jednostkę, określonych w przepisach prawa.
5. Konsekwencją niepodania danych jest brak możliwości świadczenia usługi, o którą się Państwo starają.
6. Podstawę prawną przetwarzania Waszych danych stanowi art. 6 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), tzn. **dane będą przetwarzane na podstawie Waszej zgody lub na podstawie przepisów prawa.**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych – e-mail: inspektor1@mjo.krakow.pl.

data i czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów dziecka