



KWESTIONARIUSZ DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI RÓŻNICOWANIA DŹWIEKÓW I ROZPOZNAWANIA WZORCÓW DŹWIEKOWYCH dla wieku dziecięcego

Imię i nazwisko: data urodzenia:

data (1)..... data (2)..... data (3)..... data (4)..... data (5)..... data (6).....

Proszę zaznaczyć TAK lub Nie i proszę uzupełnić ją każdorazowo o ewentualne dalsze komentarze.

Proszę Państwa o używanie każdorazowo innego koloru przy dalszych wypełnieniach tej ankiety.

POWODY BADANIA:

1. Kiedy słuch państwa dziecka był sprawdzony po raz pierwszy?

Wyniki:

2. Kiedy państwa dziecko miało ostatni raz badane słuchu?

Wyniki:

3. Czy dziecko miało zapalenia ucha środkowego / perlaki / lub problemy ze słuchem szczególnie przed trzecim rokiem życia?

Tak Nie

Komentarze:

4. Czy dziecko miało operacje gardła, ucha, nosa? Jeśli tak, to kiedy i jakie?

Komentarze:

5. Czy występują w rodzinie trudności ze słuchem lub mową, czytaniem lub prawidłowym pisanie? (podkreśl właściwe)

Komentarze:

6. Czy problemy występujące u Państwa dziecka powstały w wyniku oddziaływań szkoły lub wpływu rówieśników?

Komentarze:

KONCENTRACJA, SKUPIANIE UWAGI, SŁUCHANIE I ROZUMIENIE

7. Czy w ciągu dnia dziecko jest zmęczone, ospałe lub wyłącza się i sprawia wrażenie, że myślami jest gdzie indziej?

Tak Nie

Komentarze:

8. Czy występują trudności z koncentracją uwagi i trudności na skupieniu się na głosie nauczyciela (podczas długich wypowiedzi ustnych)?

Komentarze:

9. Czy dziecko ma trudności ze zrozumieniem i wykonaniem poleceń ustnych nauczyciela?

Komentarze:

10. Kiedy dziecko odpowiada na ustne pytania czy robi to powoli z dużym wysiłkiem (widać, że się zastanawia)?
Komentarze:
11. Czy występuje nadwrażliwość na głośne dźwięki lub określone tony?
Komentarze:
12. Czy w sytuacji wielu odgłosów w tle występują trudności z pracą. Czy dziecko lepiej funkcjonuje w sytuacji 1 na 1?
Komentarze:
13. Nie zawsze reaguje na swoje imię w sytuacji dużej grupy?
Komentarze:
14. Wydaje się, że nie rozumie, co się do niego mówi?
Komentarze:
15. Odkłada odpowiedź na pytanie w czasie, aby obserwować co robią inni, a dopiero potem sam zaczyna wykonywać daną czynność?
Komentarze:
16. Wykonuje czynności tak jak mu się wydaje, że brzmiało polecenie? Robi błędy wynikające z braku zrozumienia poleceń, zwłaszcza kiedy jest zajęte czymś innym?
Komentarze:
17. Prace domowe trwają dłużej niż to konieczne?
Komentarze:
18. Ma trudności z samodzielnym wykonywaniem zadań?
Komentarze:
19. Czy ma trudności z nawiązywaniem kontaktów i zawieraniem znajomości?
Komentarze:
20. Czy występuje nadwrażliwość słuchowa na określone dźwięki?
Komentarze:

MOWA

21. Sposób mówienia jest niejasny i/lub powolny, szybki i/lub mieszany? (podkreśl właściwe)
Komentarze:
22. Czy dziecko mówi monotonicznie, bez wyraźnej intonacji, nie umie utrzymać rytmu podczas mówienia?
Komentarze:
23. Ma problemy ze znalezieniem (dobraniem) odpowiednich wyrazów?
Komentarze:
24. Czy występują trudności z wypowiedzianiem zdań złożonych?
Komentarze:

25. Czy ma trudności z zadawaniem pytań i z zainicjowaniem rozmowy?

Komentarze:

26. Czy u dziecka wystąpiło opóźnienie rozwoju mowy?

Komentarze:

27. Czy u dziecka zasób wyrazów i znajomość gramatyki jest ubogi?

Komentarze:

28. Czy dziecko jest lub było poddawane terapii mowy?

Komentarze:

CZYTANIE, PISANIE, LICZENIE

29. Czy dziecko ma problemy z czytaniem?

Komentarze:

30. Czy dziecko ma problemy z pisaniem?

Komentarze:

31. Czy dziecko ma problemy z liczeniem?

Komentarze:

32. Czy Państwa dziecko jest lub było leczone?

np.: psychoterapia, logopedia, zajęcia korekcyjno - kompensacyjne,
zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze, rehabilitacja,
integracja sensoryczno motoryczna, program wygaszania odruchów INPP?
(podkreśl właściwe)

Kiedy i jak długo?