

ANKIETA NASILENIA OBJAWÓW

[Dla dziecka]

Badany

Klient/Opiekun

Provider

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko

Pesel

Email

Email

Telefon

Data urodzenia

Telefon

Placówka

Objawy obserwowane u dziecka

Czy dziecko nie potrafi dłużej utrzymać uwagi na zadaniu/poleceniu?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

☐☐☐☐☐

Czy dziecko ma trudności z rozumieniem mowy w hałasie?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

☐☐☐☐☐

Czy dziecko ma trudności ze zrozumieniem, gdy ktoś szybko mówi?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

☐☐☐☐☐

Czy dziecko ma trudności z nauką języka obcego?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

☐☐☐☐☐

Czy dziecko ma trudności z koncentracją uwagi (łatwo się rozprasza)?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

☐☐☐☐☐

Czy dziecko ma problemy z odczytaniem treści emocjonalnej zawartej w wypowiedzi?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

☐☐☐☐☐

Czy dziecko jest niezdarne ruchowo?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

☐☐☐☐☐

Czy dziecko ma trudności z rozumieniem poleceń lub dłuższych wypowiedzi?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

☐☐☐☐☐

Czy dziecko odczuwa dyskomfort słysząc głośne dźwięki lub hałas?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

☐☐☐☐☐

Czy dziecko ma problemy z uczeniem się ze słuchu lub poprawnym pisaniem ze słuchu?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

☐☐☐☐☐

Czy dziecko ma trudności z rozpoznaniem skąd pochodzi dźwięk?

nigdy

rzadko

czasem

często

zawsze

☐☐☐☐☐

Inne uwagi

Podpis klienta/opiekuna

Podpis providera