



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

Imię: ..... data urodzenia:.....

Data (1) ..... Data (2) ..... Data (3) .....

**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 dziecka było ostatni raz badane?

**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 pisaniem?

**Komentarze:**

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

**Komentarze:**

## **KONCENTRACJA, SKUPIANIE UWAGI, SŁUCHANIE I ROZUMIENIE**

Tak Nie

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

**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. Czy w sytuacji wielu odgłosów w tle występują trudności z pracą. Czy dziecko lepiej funkcjonuje w sytuacji 1 na 1?

**Komentarze:**

11. Nie zawsze reaguje na swoje imię w sytuacji dużej grupy?

**Komentarze:**

12. Wydaje się, że nie rozumie , co się do niego mówi?

**Komentarze:**

13. Odkłada odpowiedź na pytanie w czasie aby obserwować co robią inni, a dopiero potem sam zaczyna wykonywać daną czynność?

**Komentarze:**

14. Wykonuje czynności tak jak mu się wydaje, że brzmiało polecenie? Robi błędy wynikające z braku zrozumienia poleceń zwłaszcza kiedy jest zajęty czymś innym?

**Komentarze:**

15. Prace domowe trwają dłużej niż to konieczne?

**Komentarze:**

16. Ma trudności z samodzielnym wykonywaniem zadań?

**Komentarze:**

17. Czy ma trudności z nawiązywaniem kontaktów i zawieraniem znajomości? Tak  Nie

**Komentarze:**

18. Czy występuje nadwrażliwość słuchowa na określone dźwięki?

**Komentarze:**

## **MOWA**

19. Sposób mówienia jest niejasny i/lub powolny, szybki i/lub mieszany?

**Komentarze:**

20. Intonacja jest płaska lub monotonna?

**Komentarze:**

21. Ma problemy z znalezieniem ( dobraniem) odpowiednich wyrazów?

**Komentarze:**

22. Czy występują trudności z wypowiedzaniem zdań złożonych?

**Komentarze:**

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

**Komentarze:**

## **CZYTANIE, PISANIE, LICZENIE**

24. Czy dziecko ma problemy z czytaniem, prawidłowym pisaniem i/lub liczeniem?

**Komentarze:**

25. Czy Państwa dziecko jest lub było leczone? Np.: Psychoterapia, Logopedia, Zajęcia korekcyjno - kompensacyjne, Rehabilitacja , Integracja sensoryczno motoryczna , program wygaszania odruchów INPP ? Kiedy i jak długo?

Proszę uzupełnić dalsze wiadomości na temat słuchania, rozumienia i uwagi Państwa dziecka.