

ZGODA NA BADANIE DZIECKA

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na przeprowadzenie przesiewowego badania mowy

z udziałem mojego dziecka

imię i nazwisko dziecka

data urodzenia dziecka

***niepotrzebne skreślić**

.....
miejsowość i data

.....
podpis matki/opiekuna prawnego dziecka

.....
podpis ojca/opiekuna prawnego dziecka

Proszę o wypełnienie krótkiego wywiadu dotyczącego Waszego dziecka.

Badanie prowadzi logopeda:

Dorota Odrzywołek

Wywiad

Proszę wpisać znak x w odpowiedniej kolumnie.

Zachowanie dziecka	Tak	Nie
Czy dziecko rozumie polecenia słowne adekwatne do jego wieku?		
Czy wypowiedzi dziecka są rozumiane przez osoby obce, a nie tylko przez najbliższego opiekuna (Panią/Pana)?		
Czy dziecko wypowiada się spontanicznie (potrafi łączyć w zdania pojedyncze wyrazy), podobnie jak większość jego rówieśników?		
Czy dziecko zacina się, jąka (tzn. powtarza dźwięki mowy, sylaby, wyrazy lub/i przeciąga dźwięki mowy w wyrazach, lub/i blokuje się na początku wypowiedzanego słowa, lub/i przejawia inne zawahania w mowie)?		
Czy dziecko w ciągu dnia i podczas snu ma otwarte usta/oddycha przez usta?		
Czy podczas mówienia dziecko wsuwa język między zęby?		
Czy dziecko ssie kciuk?		
Czy dziecko ogryza paznokcie?		
Czy dziecko nadmiernie się ślini?		
Czy dziecko ssie wargę lub policzki?		
Czy dziecko pije z butelki? (przez smoczek)		
Czy dają się zauważyć u dziecka jakieś nieprawidłowości w sposobie gryzienia, żucia czy połykania pokarmów?		