

LOGOPEDICKÁ ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE

Příjmení:		Jméno:	
R. Č.:		Pojišťovna:	
Pediatr:		MŠ/ZŠ název a od kolika let:	
Adresa:			
RODINNÁ ANAMNÉZA			
MATKA		OTEC	
Jméno:		Jméno:	
Příjmení:		Příjmení:	
Datum narození:		Datum narození:	
Profese:		Profese:	
Telefon:		Telefon:	
Email:		Email:	
Sourozenci, rok narození:			
OSOBNÍ ANAMNÉZA			
Rodina:	úplná	střídavá péče	rozvod
Specifika a patologie rodině:			
Genetika v širší rodině:			
Těhotenství:		Porod:	
Váha:		Délka po porodu:	
Apgar skóre:		Screening sluchu/audiologie:	
Závažná onemocnění co 1. roku:			
Závažná onemocnění po 1. roce:			
Hospitalizace, důvod:			
Očkování dle očkovacího kalendáře:		ANO	NE
Medikace, suspenzarizace (brýle...):			
Alergie, astma, epilepsie:			
V péči:	psychologa	neurologa	foniatra / ORL
Důvod péče:			fyzioterapeuta
Předchozí / souběžná logopedická péče:		ANO	NE
Kde, četnost návštěvy:			
Co jste na logopedii probírali/dělali:			
MOTORICKÝ VÝVOJ (uved'te rok a měsíc)			
Přetáčení:		Plazení:	
Lezení:		Sed:	
Chůze s oporou:		Chůze samostatná:	
VÝVOJ ŘEČI (uved'te rok a měsíc)			
První slovo (uved'te jaké):			
První jednoduchá věta:			
Věty rozvité:			

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Je Vaše dítě bez plen? *ANO – NE*

Mělo Vaše dítě dudlíka? *ANO (do kolika let)* – *NE*

Cucalo si Vaše dítě palec? *ANO (do kolika let)* – *NE*

Chrápe Vaše dítě v noci? *ANO – NE*

Vkládalo si Vaše dítě hračky do úst, když bylo miminko? *ANO – NE*

Je Vaše dítě mazlivé? *ANO – NE*

Byl přechod z tekuté stravy na pevnou plynulý? *ANO – NE*

Jí Vaše dítě samo, nebo s dopomocí? _____

Pije Vaše dítě z hrnku? *ANO – NE (z čeho pije)*

Adaptace v MŠ, průběh? _____

Jak se dítě chová v kolektivu dětí? *hraje si s nimi – straní se jich – hraje si samo – hraje si*

Máte pocit, že Vám vaše dítě všechno rozumí? *ANO – NE*

Mluví Vaše dítě ve větách? *ANO – NE*

Dokáže Vaše dítě zpívat písničku? *ANO – NE*

Umí dítě smrkat? _____

Umí dítě foukat? _____

Umí dítě kloktat? _____

Umí dítě vyplivovat vodu z úst? _____

Má Vaše dítě nějaký zlovyk? (cucání palce, okusování nehtů...) _____

Má Vaše dítě rádo prohlížení knížek? *ANO – NE*

Jaký čas denně tráví u televize / tabletu / mobilu? _____

Jaký máte s dítětem rituál před usnutím? _____

Vyplnil:

Dne:

podpis a razítko poskytovatele péče

podpis klienta (zákonného zástupce)