

Az Ön által önkéntesen megadott adatokat a Napraforgóház bizalmasan kezeli. Az Ön engedélye nélkül az adatokat harmadik személlyel nem osztja meg. Az anamnézis lapot és minden egyéb, a gyermek fejlesztésével kapcsolatos feljegyzést a terápia befejezése után 3 évig őrizzük meg. Az adatmegsemmisítést az előírásoknak megfelelően végezzük el.

Név: ..... Születési ..... idő: .....

Lakcím: .....  
Édesanyja neve: ..... Édesanya foglalkozása: .....  
Édesapja neve: ..... Édesapa foglalkozása: .....  
Testvér(ek): .....  
Gondviselő telefonszáma: ..... e-mail címe: .....

Vizsgálat időpontja: ..... Gyermekek életkora:.....  
Milyen probléma, tünet miatt kéri a vizsgálatot?:.....

Mit vár a szülő eredményként a Napraforgóház foglalkozásaitól?.....

### **I. Terhesség:**

Várandósság lefolyása: normális / anyai betegségek (influenza, lázas állapotok, görcsök), anyagcsere-zavarok egyéb tényezők (terhesség alatti vérzések, görcsök, túl sok/kevés magzatvíz termelődése)

### **II. A születés lefolyása:**

Normál szülés / császármetszés / vákuum / elhúzódo szülés / .....  
Születési idő:..... hét      Súlya:.....gr      Hossz:.....cm      Apgar  
érték:.....

### **Csecsemő/kisdud kor**

Tudta-e szoptatni gyermekét, s ha igen, hány hónapos koráig? .....  
Milyen volt és jelenleg milyen gyermeke étvágya?.....

Mennyire volt gyermek alvása, evési ritmusa kiszámítható csecsemőkorában?.....

Sokat sírt-e gyermeke? Ha igen, mennyire volt megnyugtatható?.....

### **A gyermek fejlődése:**

**Mozgás** (kb. melyik hónapban történt?)

Fejemelés.....      Kitámasztás.....      Fordulás.....      Kúszás .....

Mászás.....      Felülés/ülés.....      Felállás .....      Önálló járás.....

Jelenlegi mozgásformák:.....

Tud-e lépcsőzni felfelé? önállóan    kapaszkodással    váltott lábbal    mellélépéssel

Tud-e lépcsőzni lefelé? önállóan    kapaszkodással    váltott lábbal    mellélépéssel

Szeret-e hintázní? Igen/Nem      Szeret-e pörögni-forogni? Igen/Nem

Tud-e biciklizni? Igen/Nem      Szeret-e labdázní? Igen/Nem

Sportol-e valamit? Nem/Igen:.....

**Beszédfejlődés** (kb. melyik hónapban történt?)

Babanyelven gagyogás .....      Jelentéssel bíró szavak .....

Első értelmes szó .....Szavak mondatá illesztése .....

Szókincs/kommunikáció, beszéd tisztasága jelenleg:.....

Egynyelvű-e család? Igen/Nem:.....

Járt-e logopédiai foglalkozásra gyermeke, s ha igen, miért és mennyi ideig?.....

### **Jelenlegi állapot:**

Mivel szeret játszani?.....

Mitől fél?.....

Hogyan viselkedik idegen szituációban?.....

Mit gondol gyermeke jelenlegi állapotáról? Önálló-e étkezés, öltözködés, fürdés terén?.....  
 Szobatiszta-e már gyermeke? Nem / Kialakulóban / Csak nappalra / Igen

Jár-e bölcsődébe gyermeke? Nem / Igen Mióta?.....

Jár-e óvodába gyermeke? Nem / Igen Mióta?.....

Amennyiben jár intézménybe, hogyan alakult beilleszkedése a közösségbe? Milyen a gyermekekkel és a felnőttekkel való viszonya?.....

Miben ügyes gyermeke?.....

Hogyan alakul gyermeke egy napja? Milyen külön foglalkozásokon vesz részt gyermeke?.....

Mennyit néz televíziót, mennyit ül számítógép előtt gyermeke?.....

Gyermekének jelenlegi betegségei:

	igen	nem	megjegyzés
Allergia			
Tartós fejfájás, szédülés			
Asztma			
Eszméletvesztés			
Bőrbetegség			
Vizeletprobléma			
Széketprobléma			
Szemészeti probléma			Szemüveg:
Fülészeti/hallásprobléma			
Mandulaműtét			
Felső légúti, hurutos megbetegedések			
Beszédzavar			
Mozgásprobléma			
Volt-e gyermeke kórházban?			
Egyéb:			

A családban előfordult-e súlyosabb betegség? (epilepszia, pszichiátriai betegség, alkoholizmus, drogozás, értelmi fogyatékoság, mozgászavar, beszédzavar, van-e komolyabb látásprobléma, hallásprobléma, van-e cukorbetegség, tartós bőrelváltozás, más betegség)

Gyermeke fejlődésével kapcsolatban kap/kapott-e kezelést, tanácsadást, fejlesztést?:

	Igen/nem	Mióta, milyen rendszeresen?
Neurológus		
Dévény terápia		
Alapozó terápia		
TSMT		
HRG		

Egyéb, olyan fontos tudnivaló, megjegyzés, amiről nem esett szó, s gyermeke vizsgálatát, terápiáját befolyásolja:.....