

Kwestionariusz pomocniczy oceny funkcjonowania dziecka

Dane osobowe:

1. Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....
2. Imię i nazwisko dziecka:.....
3. Data i miejsce urodzenia dziecka:.....
4. Adres zamieszkania dziecka:.....

Charakterystyka funkcjonowania dziecka:

(Stopień usamodzielnienia dziecka należy porównać z samodzielnością oczekiwaną dla dzieci w danym wieku. Określić na ile zakres pomocy lub opieki nad dzieckiem świadczony przez opiekunów przewyższa wsparcie potrzebne dziecku w jego wieku)

I. Stopień samodzielności dziecka w ubiorze: (np. samodzielne, wymaga pomocy w sznurowaniu butów, zapinaniu guzików, inne) proszę podać zakres wsparcia.....

.....

II. Stopień samodzielności dziecka w spożywaniu posiłków: (np. samodzielne, nie posługuje się nożem, wymaga rozdrobnienia posiłku, stosowanie ssaka w trakcie posiłku i inne w tym konieczność stosowania diety, jeśli tak to jakiej - wymienić wyeliminowane produkty, inne) proszę podać zakres

wsparcia.....
.....
.....

III. Stopień samodzielności dziecka w przemieszczaniu się w środowisku: (np. samodzielnie, wymaga stałego nadzoru, asekuracji, korzysta z kuli łokciowej, wózka inwalidzkiego, utyka, obuwie ortopedyczne, potyka się, występują zaburzenia równowagi, inne) proszę podać zakres

wsparcia.....
.....
.....

IV. Stopień samodzielności dziecka w higienie: (np. samodzielne, wymaga pomocy w kąpielii, myciu i czesaniu głowy, obcinaniu paznokci, inne) proszę podać zakres wsparcia

.....
.....

V. Stopień realizacji potrzeb fizjologicznych: (np. samodzielne, nie sygnalizuje, nie kontroluje potrzeb fizjologicznych, wymaga cewnikowania, korzysta z pampersów, moczy się w nocy, inne) proszę podać zakres wsparcia.....

.....
.....

VI. Stopień samodzielności dziecka w komunikowaniu się z otoczeniem: (np. mówi prostymi, pełnymi zdaniami, pojedynczymi słowami, niezrozumiale, niewyraźnie, po swojemu, jąka się, nie mówi, nie rozumie mowy, nie spełnia poleceń, porozumiewa się gestem, posługuje się językiem migowym, inne) proszę podać sposób komunikacji

.....
.....

VII. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, pomoce techniczne: (np. kule łokciowe, szkła korekcyjne, aparaty słuchowe, materac przeciwoślizgowy, sposób dostosowania mieszkania, inne) proszę podać zakres wyposażenia.....

.....

VIII. Rodzaj zabiegów rehabilitacyjnych, usprawniających, terapeutycznych: (np. rehabilitacja usprawniająca, basen, gimnastyka korekcyjna, terapia logopedyczna, pedagogiczna, psychologiczna i inne, jak często) proszę podać zakres wsparcia.....

.....
.....

IX. Sytuacja szkolna dziecka: (np. uczeń szkoły masowej, specjalnej, klasy integracyjnej-aktualnie która klasa; klasy życia, czy dziecko miało odraczany obowiązek szkolny, czy powtarzało klasy, pobierało nauczanie indywidualne, uczyło się w oddziałach psychiatrycznych, ile razy, w których klasach; wyniki w nauce).....

.....
.....
.....

X. Funkcjonowanie intelektualne dziecka: (proszę wypełniać w przypadku dzieci posiadających diagnozę psychologiczną z P.P.P, P.Z.P, szkół, szpitali i innych instytucji) proszę podać diagnozę (najlepiej popartą dołączoną opinią psychologiczną).....

.....
.....
.....

Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis z imienia i nazwiska przedstawiciela ustawowego dziecka)