––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––

Vážení rodičia!

Úlohou Centra poradenstva a prevencie je pomáhať radou, či usmernením Vám, učiteľovi alebo lekárovi v záujme všestranne zdravého vývinu dieťaťa. Bez Vašej spolupráce by to nebolo možné.

*Prosíme Vás o vyplnenie anamnestického hárku.*

Meno a priezvisko dieťaťa: ………………………………………………………………….......

Rodné číslo: …………..……................. Adresa: ……………………..………………............

Tel. kontakt: ………………………....... Email:. ……………………………………...............

Meno otca: ………………………...….. Meno matky: ……………………………………....

Rok narod.: …………………………..... Rok narod.: …………………………………….......

Najvyššie vzdelanie: …………….……. Najvyššie vzdelanie: ……………………………....

Pracovisko: ………………………..…... Pracovisko: ………………………………………...

Vzťah rodičov: manželia – druhovia – rozvedení – vdova/vdovec: ………………………….....

Meno a rok nar. súrodencov dieťaťa: 1. …………………2. …………………3. ........……….....

4. ......................... 5. ......................... 6. .......................... 7. ........................... 8. ..........................

Súrodenci sú zdraví (prekonali nejaké zvláštne ochorenia – epilepsia, detská mozgová obrna,...) ………...………………………………………………………………………………..................

Navštevuje niektoré zo súrodencov špeciálnu školu? (ŠZŠ, škola pre deti s poruchami reči, autistického spektra, atď. …): ÁNO - NIE *(odpoveď zakrúžkujte)*

Dieťa je: vlastné – adoptívne – v pestúnskej starostlivosti: ……………………………….........

Priebeh tehotenstva najmä v prvých 3 mesiacoch (úraz, chrípka, ovčie kiahne, hospitalizácia):...

…….………………………. Pôrod prebiehal: ľahko – ťažko – operatívne – kliešťom/zvonom …………………….............. Pôrodná váha: ……… Dĺžka: ….…..............................................

Dieťa po narodení kričalo – bolo kriesené: ……….....Po narodení prekonalo nejaké závažnejšie ochorenia/ operácie: …………………………...…........................................................................

Aké ochorenia doteraz prekonalo? (zápaly stredného ucha, zápaly mozgových blán, detská

obrna): ……………………………………………........................................................................

Aké operácie a úrazy doteraz prekonalo? (hlavne úrazy hlavy spojené s bezvedomím): .............

………………...……………Užíva lieky:......................................................................................

Je dieťa v starostlivosti špeciálneho lekára? (neurológ, pedopsychiater, atď.): .............................

Kedy začalo dieťa samo chodiť?: .............. Hovoriť prvé slová?: ............... Vety?: .....................

Je výslovnosť dieťaťa čistá?: ÁNO - NIE Navštevuje logopéda?: ÁNO - NIE

Ktoré hlásky vyslovuje nesprávne?: …………..............................................................................

Máte pocit, že dieťa slabšie vidí, alebo počuje?: ÁNO - NIE *(odpoveď zakrúžkujte)*

Prejavuje sklon k ľaváctvu?: ÁNO - NIE

Dieťa je obyčajne: pohybovo kľudné – primerane živé – pohybovo nepokojné: …………….....

Najčastejšie je: smutné – vážne – spokojné – veselé – úzkostlivé: …………………………..….

Má sklon ľahko prejsť k plaču – výbuchu hnevu – zmene nálady?: ………………………….....

Pred čím prejavuje strach, obavu?: ………………………………… Svoje povinnosti si plní:...

starostlivo – priemerne – skôr neporiadne: ……………. Čím sa najradšej zamestnáva?: .….....

………………………………. Radšej sa zamestnáva samo – v spoločnosti detí: …………......

Rodičov poslúcha vždy – niekedy nechce poslúchnuť – obyčajne neposlúcha: ………………...

Prejavuje v niečom šikovnosť?: ………………………………..……... Má Vaše dieťa nejaký

zlozvyk? (ohrýzanie nechtov, vytrhávanie vlasov, atď. …): ………………………………….....

Má Vaše dieťa nejaké problémy? (nočné pomočovanie, nočný strach, atď. …): …………….....

Malo Vaše dieťa odklad školskej dochádzky? ÁNO - NIE *(odpoveď zakrúžkujte)............*

Adresa ZŠ/MŠ/SŠ, ktorú Vaše dieťa navštevuje: ……………………................... roč. ……....

Ďalšie poznámky, ktoré by ste chceli uviesť: ……………………………………………....……

*Ďakujeme za spoluprácu.*

 Vyplnil(a) …………………….. dňa ……………..

 matka – otec (podpis)