

Formularz zgłoszeniowy na turnus terapeutyczny

Termin turnusu: _____

Imię i nazwisko dziecka: _____

Numer pesel dziecka: _____

Imię i nazwisko opiekuna dziecka na turnusie:

Osoby dodatkowe, dzieci z podaniem wieku na turnusie:

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji:

Telefon kontaktowy:

Email kontaktowy:

Dane do faktury

(z jakiego źródła opłacony będzie turnus : środki własne, fundacja, PCPR , inne)

.....
Data i podpis Rodzica/Opiekuna

KWESTIONARIUSZ

(dane z kwestionariusza będą użyte wyłącznie do przydzielenia dziecka do grupy terapeutycznej dostosowanej do poziomu funkcjonowania dziecka, wieku i schorzenia. Proszę wpisać w puste pole właściwą odpowiedź)

TERMIN TURNUSU

NAZWISKO dziecka:

IMIĘ dziecka:

PESEL dziecka:

DIAGNOZA (jeśli dziecko ma diagnozę proszę wpisać, jeśli jej nie ma proszę to zaznaczyć):

.....
.....

PLACÓWKA DO JAKIEJ UCZĘSZCZA DZIECKO:

.....
.....

NA JAKIE TERAPIE/ZAJĘCIA DZIECKO UCZĘSZCZAŁO - JAK DŁUGO:

.....
.....

Z JAKICH TERAPII/ZAJĘĆ DZIECKO KORZYSTA OBECNIE – ILE GODZIN TYGODNIOWO:

.....
.....

CZY DZIECKO KOMUNIKUJE SIĘ W SPOSÓB WERBALNY ,CZY STOSUJE INNE ALTERNATYWNE METODY (jakie?)

.....
.....

CZY WYSTĘPUJĄ ZACHOWANIA ZAKŁÓCAJĄCE FUNKCJONOWANIE DZIECKA (jakie?)

.....
.....

CZY W ROZWOJU DZIECKA MIAŁY MIEJSCE ZABAWY „NA NIBY”?

KWESTIONARIUSZ SENSOMOTORYCZNY

I. DOTYK	
Przesadnie reaguje na niewielki ból	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Nie zwraca uwagi na drobne skaleczenia	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Lubi aktywności związane z brudzeniem się (malowanie palcami)	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Unika aktywności związanych z brudzeniem (lepienie w plastelinie)	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Nie lubi być niespodziewanie dotykany (lekko)	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Lubi być dotykany (uwielbia to, poszukuje tego)	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Poszukuje fizycznie agresywnego kontaktu (uderza w ludzi, ściany)	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Jest szczególnie łaskotliwy	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Unika używania dłoni do eksploracji dotykowej obiektów	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Preferuje pewne ubrania i/lub narzeka na metki, mówi że niektóre ubrania drapią są za sztywne	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
II. RÓWNOWAGA I RUCH	
Pierwsza część pytań odnosi się do podwrażliwości, a druga do nadwrażliwości.	
Ma słabą równowagę	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Ma lub miał duże problemy z nauką jazdy na rowerze	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Podpiera głowę podczas rysowania pisania	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Lubi kręcić się na karuzeli, krzesła obrotowym	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Często huśta się na krześle lub przyjmuje pozycję głową do dołu	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Uwielbia huśtanie się na huśtawkach	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Uwielbia szybki ruch	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Wygląda na przerażone w przestrzeni (nie huśta się itp.)	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Unika szybkiego ruchu	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Ma chorobę lokomocyjną	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Lubi ruch który sam inicjuje nie lubi gdy ktoś nim porusz, huśta	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Nie lubi próbować nowych zadań ruchowych	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Nie lubi wysokości, boi się wspinać	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
III. KOORDYNACJA	
Ma problemy z manipulacją (cięcie, rysowanie, zapinanie)	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Jest niezgrabne ruchowo, często przewraca się	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Ma trudności z uczeniem się nowych aktywności ruchowych	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Ma trudności z różnicowaniem prawo – lewo (powyżej 7 r.ż)	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>

Nie trzyma kartki drugą ręką gdy pisze lub rysuje	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Źle trzyma ołówek	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Brzydko pisze, nie mieści się w liniach	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Nie potrafi wiązać sznurowadeł, miał trudności z nauczeniem się	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Ma trudności z posługiwaniem się sztucami	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Ma trudności w łapaniu i/lub kopaniu piłki	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
IV. NAPIĘCIE MIĘŚNI	
Wygląda na rozluźnione, wiotkie	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Ma nieprawidłową postawę gdy siedzi lub stoi	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Zbyt mocno ściska przedmioty (np. ołówek)	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Zbyt lekko ściska przedmioty (np. ołówek)	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Szybko się męczy	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Unika zabaw i gier ruchowych	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Podpiera głowę podczas rysowania, pisania	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Raczej prowadzi siedzący tryb życia	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Jest niezgrabne ruchowo	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Ma trudności z podnoszeniem cięższych przedmiotów	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
V. SŁUCH	
Jest zirytowane, pobudzone lub załężnione w miejscach gdzie jest głośno	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Jest bardzo wrażliwe na dźwięki	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Trudno mu skupić uwagę w miejscu hałaśliwym	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Myli się wykonując polecenia słowne	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Potrzebuje powtarzania poleceń, wskazówek	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Myli podobne dźwiękowo słowa	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Zatyka uszy na niektóre dźwięki	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Lubi dziwne dźwięki, lubi powtarzać pewne dźwięki	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Mruczy, śpiewa, mówi do siebie podczas wykonywania zadania	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Unika zabawek, innych przedmiotów wydających dźwięki	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
VI. WZROK	
Nadwrażliwe na światło; woli światło rozproszone, półmrok	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Ma problemy z różnicowaniem kształtów	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Krótki okres fiksacji wzrokowej (skupienia wzroku na przedmiocie)	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Z trudnością śledzi poruszający się przedmiot, gubi go	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Często mruga, ma ból głowy, załżawione oczy po czytaniu	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Jest bardzo pobudzone gdy ma do czynienia z wieloma bodźcami wzrokowymi	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Odmawia zasłaniania oczu, ograniczenia widzenia	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Odwraca litery, sylaby, słowa	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Ma problemy z przepisywaniem z tablicy, książki	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>

Mruży oczy podczas słonecznego dnia	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
VII. WĘCH	
Nadwrażliwe na pewne zapachy	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Ignoruje nawet ostre i nieprzyjemne zapachy	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Ma trudności z różnicowaniem zapachów	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Często zatyka nos mówiąc, że „śmierdzi”	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Nie je pokarmów bez wcześniejszego wąchania	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Nadwrażliwe na zapach perfum, mydła, wody kolońskiej	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Lubi wąchać różne rzeczy nie służące do jedzenia	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Lubi mocno doprawione pokarmy	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Preferuje pokarmy o łagodnym smaku	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Ma łatwy odruch wymiotny na wiele zapachów	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
VIII. UWAGA I ZACHOWANIE	
Jest nerwowe, pobudzone	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Jest impulsywne, wrywa się zanim zakończymy instrukcję	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Ma problemy z organizacją zachowania, wykonywanych zadań	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Nie może dłużej skupić się na zadaniu	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Bardzo lubi biegać, skakać, jest ciągle w ruchu	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Szybko i łatwo pobudzone przez dźwięki, światło itd	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Niespokojne wówczas gdy trzeba być cicho i koncentrować się	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Łatwo przechodzi od płaczu do śmiechu	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Szybko się rozprasza	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Lubi biegać podskakiwać, być w ruchu	TAK: <input type="checkbox"/> NIE: <input type="checkbox"/>
Dodatkowe informacje o dziecku przydatne terapeutom, oczekiwania w zakresie terapii na turnusie:	

Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna:.....

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

PODPIS RODZICA/OPIEKUNA

Prosimy o dokładne wypełnienie kwestionariusza (na komputerze bądź odręcznie) oraz odesłanie pocztą na adres Astur 20-612 Lublin ul. Głęboka 29 bądź na info@astur.com.pl

DANE DLA LEKARZA

(będą użyte wyłącznie dla wydania zaświadczenia dla dziecka. Proszę wpisać w puste pole lub zakreślić właściwą odpowiedź)

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia: PESEL

Adres zamieszkania:

Mieszka z: (rodzice, rodzeństwo, inni).....

Placówka do której uczęszcza i od kiedy:

.....

Diagnoza:

Data uzyskania diagnozy i gdzie

.....

Choroby współistniejące:

WYWIAD

Ciąża (która), przebieg ciąży: prawidłowy/ nieprawidłowy (dlaczego?)

..... ,

choroby matki w ciąży i w którym trymestrze

.....

Leki przyjmowane przez matkę w ciąży

Poród: naturalny/ cięcie cesarskie, Poród którym tygodniu ciąży.....

Apgar waga.....

powikłania okołoporodowe.....

Rozwój w okresie noworodkowym (1 m.ż.)

Kolki, sen,

karmienie: naturalne (do kiedy?.....)/ sztuczne

Rozwój w niemowlęctwie

Kroki milowe (w którym m-cu?): siadanie....., chodzenie....., gaworzenie.....

Atopowe zapalenie skóry (skaza białkowa) TAK/NIE, dieta NIE/TAK

(jaka?).....

Kontakt wzrokowy TAK/NIE , Zabawy „na niby” BYŁY/ NIE BYŁO

Szczepienia (nazwa z książeczki zdrowia):

.....

Powikłania poszczepienne

Rozwój w 1-3 r. ż. Mowa (od kiedy)..... jaka.....

Spastyczność/wiotkość. Rehabilitacja NIE/TAK (jaka?).....

Kontrola czynności fizjologicznych do roku życia.

Atopowe zapalenie skóry (skaza białkowa) TAK/NIE, dieta NIE/TAK (jaka?).....Alergia NIE/TAK (jaka?)

Częstość infekcjiInne choroby przebyte.....

Opiekowała się (kto).....

Okres przedszkolny: Mowa (poziom rozwoju).....

Hiper/ Hipo aktywność.

Nawiązywanie kontaktów społecznych

Zachowania autoagresywne / agresywne(jakie?)

Co niepokoiło

Zaburzenia sensoryczne (jakie)

Stereotypie/ rytuały (jakie).....

Dieta, apetyt, ulubione potrawy

Częstotliwość infekcji..... ilość antybiotyków

Padaczka....., inne choroby

Suplementacja/ leki

Kał wygląd- prawidłowy/nieprawidłowy (jaki).....

Gazy jelitowe TAK/NIE , zaparcia TAK/NIE

Badania wykonywane : Neurolog, gastrolog,

alergolog, genetyk.....inne

WWR (wczesne wspomaganie rozwoju) TAK/NIE

Inne terapie w wieku przedszkolnym

Okres szkolny Odroczone obowiązki szkolne TAK (o ile)...../NIE
orzeczenie o kształceniu specjalnym TAK/ NIE . Poziom inteligencji

Rodzaj szkoły i klasy

asystent w szkole

Odrabianie lekcji (z kim)

Dodatkowe zajęcia

Funkcjonowanie w grupie rówieśniczej

Skok rozwojowy 6- 7 r.ż. (nagła zmiana): tak(jaka)...../nie

Śpi z...../ sam, .samo zostaje z obcym TAK/NIE.

Lęki przed obcymi tak/nie. Tolerancja na zmiany

Okres dorastania : Skok wzrostowy w(kiedy)

Etap dojrzewania..... (dziewczynki- pierwsza miesiączka w r.ż)

Zmiany w emocjach i zachowaniu

Regres poznawczy TAK/NIE

Seksualność-uświadomienie tak/nie

Ochrona przed wykorzystaniem –uczony/nieuczony

Zainteresowanie płcią przeciwną

Niekorzystne zachowania

Kontakty rówieśnicze

Nękanie przez rówieśników.....

Edukacja – rodzaj szkoły....., poziom inteligencji....., program nauczania

STAN OBECNY: Waga, wzrost,

Kontakt werbalny (na ile),.....

Bezślowny: posługiwanie się obrazkami....., gesty....., pokazywanie....., inne.....

Samoobsługa: ubranie się....., zjedzenie posiłku....., toaleta....., inne czynności -co dziecko umie.....

Zachowania zaburzące funkcjonowanie: rytuały....., stereotypie
nadržtwa, lęćnadržchliwość.....

agresja/autoagresja....., inne

Zainteresowania

Mocne strony (talenty)

Sytuacje kryzysogenne

Zaburzenia sensoryczne

Umiejętność radzenia sobie z emocjami i nagłymi zachowaniami przez dziecko i rodzinę
.....Klapy TAK/NIE, krzyżenie TAK/NIE.

Stan somatyczny: przewoć pokarmowy....., grzybica TAK/NIE

Candida TAK/NIE, Alergie

Częstość i infekcji mała/duża (jakie?).....

Dziewczynki w okresie dorastania – regularność miesięczek.....

Wady postawyNapięcie mięśni : wiotki/ spastyczny

Motoryka mała: chwyt.....zapinanie guzików, łapanie piłki, inne.....

Duża : jazda rowerem, pływanie, kopanie piłki, inne.....

Opieka lekarska obecnie: neurologpsychiatra.....

alergolog.....gastrolog.....inne.....

Badania wykonywane (jaki wynik): EEG MRI

Testy: alergiczne..... inne badania z krwi.....

genetyczne.....Hormony tarczycy.....

Choroby genetyczne w rodzinie (jakie?).....

Przyjmowane leki/ SUPLEMENTY

Ulubione potrawy.Dieta.....

Sen

Rodzina

Sytuacja rodzinna....., pomoc (skąd).....

głównie opiekuje się....., poziom stresu rodzinnego.....

.....

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych,
w tym danych „szczególnych kategorii”**

Prosimy o potwierdzenie, czy wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie przez Astur Sp. z.o.o. 20-827 Lublin ul. Gojawicyńskiej 9

dla potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń usług terapeutyczno-rehabilitacyjnych i medycznych, danych osobowych Pana/Pani Dziecka, które przekazał/a nam Pan/Pani podczas procedury przyjęcia Dziecka na konsultację/terapię/diagnozę, wywiadu/rozmowy z terapeutą/lekarzem/psychologiem, wypełniając kwestionariusze czy zgłoszenia uczestnictwa, przekazując kopie orzeczeń i opinii, w tym: imię, nazwisko Opiekuna i Dziecka, datę i miejsce urodzenia Dziecka, adres zamieszkania Dziecka, informacje o stanie zdrowia Dziecka. Ponieważ dane szczególnych kategorii* w tym dotyczące zdrowia chronione są szczególnie, musimy prosić Pana/Panią o wyrażenie wyrażnej zgody na ich przetwarzanie.

Prosimy, wyraźnie potwierdzić, iż Pan/Pani zgadza się, abyśmy przetwarzali podane przez Pana/Panią dane, o których mowa powyżej:

- NIE
- TAK, zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej, w tym dane szczególnych kategorii, w powyżej wskazanych celach.

* Dane szczególnych kategorii to dane ujawniające pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych, dane genetyczne, dane biometryczne wykorzystywane do identyfikacji, dane dotyczące zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej, o których mowa w art. 9 RODO (czyli Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

Informacja o prawie do cofnięcia zgody

W każdej chwili ma Pan/Pani prawo cofnąć zgodę na przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani Dziecka. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Informacyjnie

W związku z otrzymaniem zgody na przetwarzanie danych należy podać osobie wszystkie informacje, których art. 13 RODO wymaga przy zbieraniu danych od osoby, której dane dotyczą.

.....
Data i podpis Rodzica/Opiekuna